

АКТУАЛЬНЫЕ ТЕМЫ:

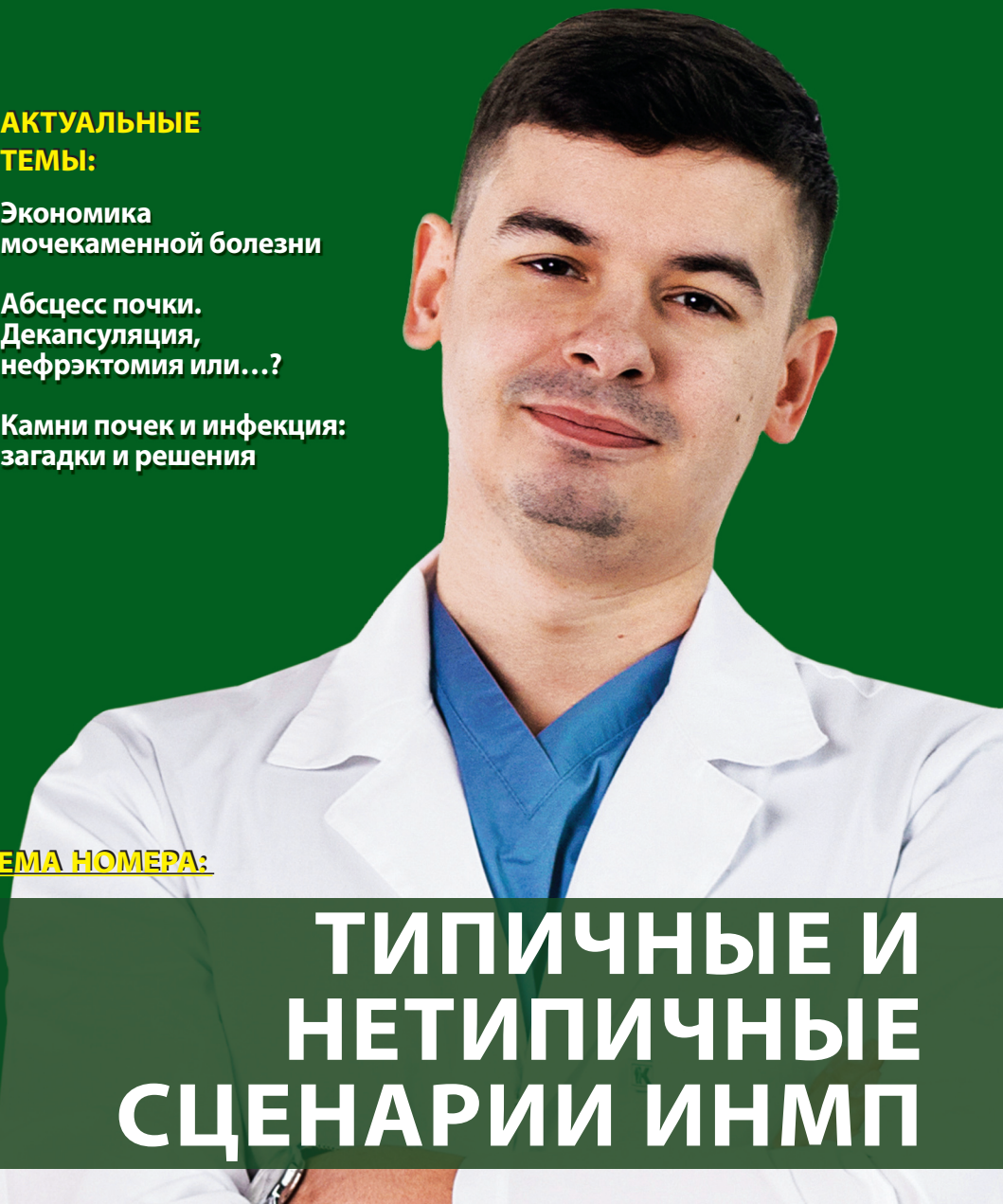
**Экономика
мочекаменной болезни**

**Абсцесс почки.
Декапсуляция,
нефрэктомия или...?**

**Камни почек и инфекция:
загадки и решения**

ТЕМА НОМЕРА:

ТИПИЧНЫЕ И НЕТИПИЧНЫЕ СЦЕНАРИИ ИНМП





Цистит? Не пугает! ЦИСТАЛИС помогает



«ЦИСТАЛИС» («CYSTALIS») представляет собой натуральный комплекс активных компонентов, которые благоприятно воздействуют на различные механизмы, позволяющие облегчить состояние при цистите и предотвратить его обострение.

Эффективная уникальная комбинация активных веществ против цистита в одном препарате - не имеет аналогов на рынке!

- Олигомерные проантоцианидины
- Арбутин
- D-манноза

ЦИСТАЛИС - новое слово при цистите!

SHPHARMA®
source of healing

www.shpharma.ru

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.001615.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

·»» Тема номера:	
·»» Инфекции мочевыводящих путей у женщин:	
типичные и нетипичные сценарии.....	2
·»» Ноктурия.....	14
·»» Инфекционный фактор мужского бесплодия.....	20
·»» Абсцесс почки. Декапсуляция, нефрэктомия или...?.....	24
·»» Тактика ведения больных с травмой артерии единственной почки.....	26
·»» Вирусы и репродуктивная функция.....	30
·»» Реабилитация мужчин после комбинированного лечения злокачественных новообразований репродуктивных органов.....	36
·»» Экономические аспекты мочекаменной болезни и ее профилактика.....	42
·»» Оптимизация доступов к почке при хирургическом лечении МКБ.....	47
·»» Камни почек и инфекция: загадки и решения.....	50
·»» Диагностика эректильной дисфункции: персонализированный подход.....	54
·»» Лечение ночного энуреза: обновление стандартизирующего документа Международного общества удержания мочи у детей.....	58
·»» План программы повышения квалификации от профессора С.П. Даренкова на 2020 г.	60
·»» Цикл повышения квалификации Омского ГМУ от А.Ю. Цуканова на 2020 г....	62
·»» Учебный план циклов повышения квалификации ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» на 2020 г.....	63
·»» План проведения циклов усовершенствования врачей на 2020 г. Кафедра урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии Алтайского ГМУ.....	64
·»» Дополнительные профессиональные программы повышения квалификации на базе Воронежского ГМУ им. Н.Н. Бурденко.....	66
·»» Учебный план кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ ВолгГМУ на 2020 г.....	68
·»» Курсы повышения квалификации под руководством профессора А.Г. Мартова.....	70
·»» Внебюджетные курсы повышения квалификации, проводимые кафедрой урологии Новосибирского ГМУ.....	72

Инфекции мочевыводящих путей у женщин: типичные и нетипичные сценарии



Т.В. Шатылко,
к.м.н., уролог, онкоуролог, андролог. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова (г. Москва)

Новым гостем программы «Час с ведущим урологом» стал Тарас Валерьевич Шатылко, к.м.н., уролог, онкоуролог, андролог (отделение андрологии и урологии научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова – заведующий профессор С.И. Гамидов, г. Москва). Он выступил с весьма подробным докладом о методах диагностики и лечения инфекций мочевыводящих путей у женщин.

В ряде случаев инфекции мочевыводящих путей (ИМП) у женщин могут приводить к тяжелым осложнениям. Выделяется ряд общих факторов риска развития инфекций мочевых путей [1]:

- возраст;
- нутритивный статус (альбумины крови, анемия);
- иммунодефицит;
- сопутствующие заболевания: неконтролируемый сахарный диабет, забо-

левания соединительной ткани;

- табакокурение, ожирение, злоупотребление алкоголем;
- бактериальная колонизация;
- отсутствие контроля за факторами риска.

Среди уропатогенов, чаще всего вызывающих инфекции, – как грамотрицательные микроорганизмы (*E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. mirabilis*, *P. aeruginosa*), так и грамположительные (*S. saprophyticus*, *E. faecalis*, *S. aureus*, *S. epidermidis*) [2].

На сегодня уже многое известно о жизненном цикле кишечной палочки *E. coli*, из-за которой развиваются до 95% неосложненных ИМП. По актуальным на сегодня данным она способна долгое время находиться вне зоны иммунного надзора [3]. Таким образом, в процессе эксфолиации, выхода и образования бактериальных филаментов может происходить реинфицирование через определенный срок.



Выделяется также ряд нечастых уропатогенов: у иммунокомпрометированных пациентов могут встречаться грамотрицательные *S. marcescens*, *P. stuartii*, *Citrobacter spp.* и *Enterobacter cloacae*. Также в ряде случаев, особенно при катетеризации и предшествующей антибиотикотерапии, встречаются грамположительные *E. faecium*. Помимо этого, причиной ИМП могут являться грибы, а в эндемичных для этого регионах – паразиты [2].

Как отдельная форма нозологии выделяется вирусный цистит, наиболее распространенный у взрослых с иммуносупрессией и детей. Его причинами могут являться ВК-вирус, аденовирус и вирус простого герпеса [4–7], в некоторых случаях даже при стерильном посеве мочи. В такой ситуации применяется симптоматическая терапия.

Становление современной диагностики ИМП

Краеугольным камнем диагностики ИМП являются бактериологические исследования. Урологам известен термин «значимая бактериурия», предложенный Эдвардом Кассом в 1950-х гг., когда он заметил, что при содержании $\leq 10^5$ КОЕ/мл бактериурия чаще была вызвана случайными микроорганизмами, а результат посева не воспроизводился в последующем. Однако в 1975 г. Джон Тэпсолл установил, что эффективность антибактериальной терапии при остром цистите не зависит от «значимости» бактериурии. В 1980-х гг. Уолтер Стэмм выяснил, что критерию Касса удовлетворяли не более 50% случаев острого цистита. Им было предложено пороговое значение, равное 10^2 КОЕ/мл. В 1993 г. Кельвин Канин продемонстрировал, что частота «низкой бактериурии» (10^2 – 10^4) при симптоматической инфекции была в 4,5 раза выше, чем у бессимптомных женщин (46% против 10%). Таким образом, определение значимой бактериурии за последние 70 лет менялось несколько раз.

Дифференциальная диагностика

Как диагноз исключения нужно выделить гиперактивность мочевого пузыря. В этом случае инфекция исключается, как правило, с помощью общего анализа мочи и бактериологического исследования. Вместе с тем в ходе одного из исследований у 39% пациентов с диагностированной гиперактивностью была выявлена бактериурия, по сравнению с 6% в контрольной группе [8]. В другом исследовании у 17% пациенток с рефрактерной гиперактивностью детрузера была выявлена «низкая» бактериурия, по сравнению с 2% в контрольной группе [9]. Также при исследовании мочи, полученной по катетеру перед уродинамическим ■

исследованием, частота обнаружения бактериурии была в 4,06 раза выше при гиперактивности детрузора [10]. Таким образом, не все подобные случаи следует по умолчанию относить к идиопатической гиперактивности.

Пиурия

Бывают в практике случаи, когда у пациентки при отрицательном посеве долгое время сохраняется пиурия. Причинами этого могут быть конкременты, не полностью излеченные ИМП, туберкулез, карцинома *in situ*, шистосомоз, интерстициальный цистит, прием циклофосфида, а также хламидии, уреаплазмы и вирусы.

Бактериурия

Бактериурия у женщин встречается в любом возрасте. У девочек ее распространенность составляет 1–4%, причем только после двух лет она начинает выявляться чаще, чем у мальчиков. У взрослых сексуально активных женщин этот показатель равен 5–8%, достаточно часто наблюдается «цистит медового месяца», ассоциированный с половыми контактами. В 2–10% случаев развивается бактериурия у беременных. Риск инфекции при этом такой же, как в общей популяции, однако выше риск восходящего процесса. У женщин в постменопаузе бактериурия встречается в 16–45% случаев, а риск ИМП повышается с возрастом. Также можно отметить высокую распространенность бактериурии среди женщин в домах престарелых – 15–50%. Риск инфекции при этом повышается при нарушенном функциональном статусе [11–13].

Бессимптомная бактериурия

Вопрос лечения бессимптомной бактериурии достоин отдельного рассмотрения. В частности, согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), она диагностируется в случае выделения одного и того же штамма бактерий в двух образцах, взятых с интервалом 24 ч, где количество бактерий достигает значения $\geq 10^5$ КОЕ/мл. Бессимптомная бактериурия, согласно ЕАУ, не требует лечения, кроме случаев беременных пациенток, а также перед инвазивными вмешательствами на мочевых путях и половых органах, при которых возможно кровотечение и повреждение слизистой оболочки. В то же время, согласно клиническим рекомендациям Российского общества урологов (РОУ), с целью профилактики острого пиелонефрита лечение бессимптомной бактериурии рекомендуется пациентам в группах риска: беременным женщинам, пациентам с плохо регулируемым сахарным диабетом, пациентам перед эндоурологическими вмешательствами, при наличии нефростомического дренажа или внутреннего стента.



Российским специалистам, как напомнил Тарас Валерьевич, следует придерживаться отечественных рекомендаций, поскольку они имеют юридическую ценность, в отличие от зарубежных.

Факторы риска развития цистита подразделяются на несколько групп:

- факторы, способствующие колонизации (половая активность, применение спермицидов и антибиотиков, дефицит эстрогенов);
- факторы, способствующие восхождению (катетеризация, недержание мочи и кала, наличие остаточной мочи);
- снижение бактериального клиренса (нарушения оттока мочи, нейрогенная дисфункция мочевого позора, недостаточный объем мочи);
- нарушения защитных механизмов (гематологические нарушения, химиотерапия, сахарный диабет).

Если подробнее рассматривать патофизиологию инфекций, вызываемых уропатогенными штаммами *E. coli*, можно отметить, что факторы вирулентности этого микроба делятся на три группы:

- способствующие усвоению железа;
- выработке токсинов;
- адгезии и инвазии [14].

В частности, кишечная палочка, выделяющая белки *P. pili*, обладает наибольшей вероятностью распространения в верхние мочевые пути с развитием пиелонефрита.

Непростые вопросы лечения ИМП

Согласно клиническим рекомендациям ЕАУ, в первой линии терапии *острого цистита* могут применяться фосфомицин (3 мг однократно), нитрофурантоин (50–100 мг 4 раза в день, 5 дней) или пивмециллинам (недоступен в России). Аминопенициллины и фторхинолоны применяться не должны из-за высокого риска развития антибиотикорезистентности. Допустимой альтернативой считаются цефалоспорины (3 дня).

Согласно рекомендациям Американской и Канадской урологических ассоциаций, при эпизодах рецидивирующего острого цистита должна применяться стандартная терапия первой линии (нитрофурантоин, триметоприм-сульфаметоксазол, фосфомицин) в зависимости от местных данных по антибиотикорезистентности (сильная рекомендация, доказательность – В). Курс антибиотикотерапии должен быть при этом настолько коротким, насколько это возможно, обычно не дольше семи ■

дней (умеренная рекомендация, доказательность – В). Если же бактериологическое исследование выявляет микробы с резистентностью к пероральным антибиотикам, возможно назначение парентеральных антибиотиков максимально коротким курсом, обычно не дольше 7 дней (экспертное мнение).

По Российским рекомендациям, при остром цистите применяются фосфомицин (3 мг однократно), фуразидин (100 мг 3 раза в день, 5 дней) или нитрофурантоин (50 мг 4 раза в день, 7 дней). Ранее при остром цистите часто назначались фторхинолоны. Сегодня это делать нельзя, поскольку они являются драйверами антибиотикорезистентности. В частности, они провоцируют селекцию таких бактериальных штаммов, как метициллин-резистентный стафилококк, *E. coli* с бета-лактамазами расширенного спектра, *P. aeruginosa* и *C. difficile* (коллатеральное повреждение). По этой же причине сегодня настороженно относятся к цефалоспорином, на фоне приема которых могут проявиться ванкомицин-резистентный стафилококк, *E. coli* и *Klebsiella* с бета-лактамазами расширенного спектра, *Acinetobacter* с бета-лактамазами и *C. difficile* (коллатеральное повреждение) [15].

Сегодня также существует гипотеза, что острый цистит может быть успешно излечен без использования антибиотиков [16–18]. Для этой цели рекомендуется симптоматическое лечение (ибупрофен, кетопрофен, фитотерапия). Вместе с тем в исследовании этой методики симптомы у пациенток сохранялись дольше, а у 3,8% больных развился острый пиелонефрит [19].

Говоря о рецидивирующем цистите, нужно правильно понимать его определение. Согласно европейским и американским рекомендациям, под рецидивирующими инфекциями мочевых путей подразумеваются повторные эпизоды осложненных или неосложненных ИМП с частотой не менее трех раз в год или двух раз за последние 6 месяцев. При этом цистит должен быть доказан при бактериологическом исследовании, и должны присутствовать его типичные симптомы. Также между эпизодами должен присутствовать «светлый промежуток».

В ходе сбора анамнеза при рецидивирующем цистите необходимо ответить на ряд вопросов:

1. Какое количество доказанных эпизодов цистита было за последний год?
2. Выполнялось ли ультразвуковое исследование для исключения мочекаменной болезни?
3. Выполнялось ли определение объема остаточной мочи?
4. Есть ли признаки постменопаузального атрофического вагинита?



5. Выполнялась ли цистоскопия?
6. Является ли цистит посткоитальным?
7. Была ли когда-то гематурия?
8. Были ли урогинекологические операции?

Особое внимание должно уделяться поиску органической причины рецидивирующего цистита. В числе возможных причин атрофический вагинит, крупное цистоцеле с остаточной мочой, камни почек, пиелонефрит, гидронефроз, крупные и сложные кисты почек, дивертикулы мочевого пузыря с узкой шейкой, а также обструкция уретры.

В рекомендации по профилактике входят:

- поведенческая профилактика – регулярные мочеиспускания, обязательное мочеиспускание после секса, правильное использование туалетной бумаги, подмывания (слабая рекомендация);
- применение топических эстрогенов у женщин в постменопаузальном периоде (слабая рекомендация);
- применение иммуноактивной профилактики во всех возрастных группах (сильная рекомендация);
- постоянная или посткоитальная антибиотикопрофилактика при отсутствии эффекта от других видов профилактики (сильная рекомендация);
- при хорошей комплаентности – рассмотрение возможности самолечения короткими курсами антибиотиков (сильная рекомендация).

Согласно американским и канадским клиническим рекомендациям, после обсуждения с пациенткой риска, пользы и альтернатив может быть назначена антибиотикопрофилактика (умеренная рекомендация, доказательность – В). Кроме того, может быть предложена профилактика с применением клюквы (условная рекомендация, доказательность – С). Женщинам в перименопаузальном и постменопаузальном периоде следует рекомендовать местную терапию эстрогенами при отсутствии противопоказаний (умеренная рекомендация, доказательность – В).

В число мер поведенческой профилактики относят мочеиспускание после полового акта, двойное мочеиспускание при наличии остаточной мочи, тщательную гигиену области промежности, омывание теплым водно-солевым раствором, а также отказ от использования туалетной бумаги для просушивания промежности [20].

В профилактике рецидивов цистита также крайне важен питьевой режим. Потребление достаточного количества жидкости способствует улучшению ■

уродинамики и усилению бактериального клиренса. При этом снижение содержания КОЕ на 1 мл влияет на риск адгезии и инвазии. Одно из доступных исследований говорит о том, что важно не столько улучшение уродинамики, сколько снижение концентрации нутриентов, а вместе с ней – жизнеспособности бактерий [21]. В другом исследовании у пациенток при приеме более 1,5 л жидкости в день наблюдалось в среднем 1,7 эпизода в год, а у контрольной группы – 3,2 [22].

В медицинском сообществе до сих пор нет единодушия в том, стоит мочу окислять или ощелачивать для профилактики ИМП. Есть доводы в пользу обеих позиций, в частности ощелачивание мочи с помощью цитрата натрия в одном из исследований повышало бактерицидную активность нейтрофилов [23]. Другая работа показала, что окисление мочи аскорбиновой кислотой оказывает бактерицидный эффект посредством образования токсичных метаболитов нитрит-иона [24]. Вместе с тем показано, что аскорбиновая кислота неэффективна для окисления мочи и профилактики инфекций у спинальных пациентов [25]. Также сегодня отмечается недостаточность данных для того, чтобы рекомендовать ощелачивание мочи при остром цистите [26]. В целом, меры здесь должны быть ориентированы на конкретного возбудителя и состояние конкретной пациентки.

Известно исследование эффективности витамина С, предпринятое шведскими специалистами. В нем приняли участие 110 беременных пациенток на сроке 12 недель и более, разделенные на две группы. Первой группе назначались фолиевая кислота, железа сульфат и аскорбиновая кислота (100 мг в сутки). Второй – только фолиевая кислота и железа сульфат. Частота развития ИМП составила 12,7% в первой группе против 29,1% во второй [27].

Важной органической причиной развития рецидивирующих ИМП является передний пролапс, который может проявлять себя как цистоцеле с большим количеством остаточной мочи. При наличии пролапса с крупным цистоцеле рекомендуется применение вагинальных pessaries (в менопаузе – с осторожностью). Если после ношения pessaria рецидивы прекращаются, пациентке можно предложить хирургическую реконструкцию тазового дна.

Существует большое количество доказательных данных в поддержку применения клюквы для профилактики рецидивов инфекции мочевых путей [28–32]. На сегодня не выявлено статистически значимой разницы риска рецидива между препаратами клюквы и антибиотикопрофилактикой, хотя отмечалась тенденция в



пользу антибиотиков [33, 34]. Сравнение с ко-тримоксазолом и триметопримом показало сопоставимую эффективность.

Механизм действия препаратов клюквы основан на содержании в ней проантоцианидов, которые связываются с фимбриями уропатогенных *E. coli* и препятствуют их адгезии с уротелием. Проблема в том, что биодоступность препаратов клюквы составляет не более 5% [35]. Активные димеры и тримеры по большей части всасываются в кишечнике [36]. Тем не менее оставшиеся молекулы снижают жизнеспособность бактерий с р-фимбриями в кишечнике, что снижает риск развития ИМП [37].

Практически забытое сегодня средство – метенамина гиппурат (Уротропин). Этот препарат разлагается в моче с образованием формальдегида, токсичен и может вызывать химический геморрагический цистит [38]. Тем не менее в эпоху применения метенамина хорошо переносился и снижал частоту инфекции мочевых путей у пациентов с трансплантированной почкой [39]. Даже сейчас в Осло планируется его испытание у пожилых женщин с рецидивирующим циститом (NCT04077580).

В постменопаузе на фоне снижения уровня эстрогенов наблюдается дефицит гликогена, истончение эпителия, повышение рН-среды влагалища, а также снижение жизнеспособности лактобацилл с освобождением ниши для грамотрицательных бактерий [40]. По этой причине часто рекомендуются топические препараты эстрогена.

Иногда для профилактики ИМП рекомендуют применение свечей с содержанием пробиотиков. На сегодня их эффективность остается спорной. В частности, результаты шести исследований не показали разницы с плацебо по риску симптоматических бактериальных инфекций мочевых путей (352 участника, ОР = 0,82, 95% ДИ = 0,6–1,12). Также в одном исследовании не выявлено разницы по риску симптоматических бактериальных инфекций мочевых путей с антибиотиками (223 участника, ОР = 1,12, 95% ДИ = 0,95–1,33). Впрочем, во всех этих исследованиях можно отметить широкие доверительные интервалы и неоднородность выборок.

Также весьма популярна *иммунопрофилактика* с помощью лизатов бактерий. Например, оральная вакцина ОМ-89 показала эффективность и безопасность в нескольких рандомизированных контролируемых исследованиях. Она рекомендуется для иммунопрофилактики у женщин с рецидивирующими инфекциями мочевых путей. Эффективность у других групп пациентов не установлена. ■

Однако стоит учитывать, что ее исследования были ограничены 6-месячным периодом, данные гетерогенны, а также имеет место избирательная публикация положительных результатов [41].

Для восстановления *гликозаминогликанового слоя* применяется внутривузырное введение препаратов гиалауриновой кислоты и хондроитина сульфата. Это может быть полезно в терапии интерстициального цистита, гиперактивности мочевого пузыря, лучевого цистита и в профилактике рецидивов ИМП. Впрочем, предпринятый в 2013 г. анализ 27 исследований показал необходимость в более масштабных испытаниях [42].

Еще одно средство, применяемое в профилактике рецидивов ИМП, – D-манноза. Пили кишечной палочки связываются с рецепторами уротелиальных клеток, содержащих маннозу. Свободная D-манноза также способна связываться с пилиями и способствовать выведению бактериальных клеток с мочой. В проведенном исследовании прием D-маннозы не уступал по эффективности постоянной антибактериальной профилактике с применением нитрофурантоина [43].

Белок Тамма – Хорсфалла – главный белок, присутствующий в физиологических условиях в моче. Он является одним из защитных факторов, препятствующих развитию ИМП, поскольку боковые цепи уромодулина могут содержать D-маннозу, связывающую маннозочувствительные пили кишечной палочки.

В настоящее время в аптеках появился препарат **Цистениум II**, обладающий тройным действием компонентов. В частности, компоненты Цистениума нарушают механизм заселения бактериями мочевого пузыря, воздействуя непосредственно на причину развития цистита. Содержащаяся в составе препарата D-манноза блокирует маннозочувствительные пили *E. coli*. В свою очередь, проантоцианидины клюквы, также входящие в состав Цистениума II, блокируют р-фимбрии *E. coli*. Витамин С создает среду, непригодную для жизнедеятельности бактерий. Препарат обладает высоким профилем безопасности, вследствие чего его можно принимать кормящим и беременным женщинам, а также детям с 7 лет по рекомендации врача. Кроме того, Цистениум II является фитопрепаратом, а значит, не вызывает роста устойчивости бактерий. Прием Цистениума II может сочетаться с приемом антибиотиков.

Отношение к *постоянной антибиотикопрофилактике* рецидивов ИМП в медицинском сообществе на сегодня неоднозначно. Как правило, при ее назначении применяются нитрофурантоин 50–100 мг в сутки, цефалексин 125–250 мг в сутки,



фосфомицина трометамол 3 г каждые 10 дней, триметоприм 100 мг в сутки, а также ко-тримоксазол 40/200 мг в сутки или 3 раза в неделю. Последние две опции в России применять не рекомендуется из-за весьма высокого уровня резистентности. В посткоитальной антибиотикопрофилактике применяются нитрофурантоин 50–100 мг, цефалексин 250 мг, а также ко-тримоксазол 40/200 мг или 80/200 мг.

Проблему *посткоитального цистита* многие урологи сводят к оценке мобильности наружного отверстия уретры. В действительности здесь играют свою роль множество факторов:

- состояние слизистой уретры;
- расположение и мобильность наружного отверстия уретры;
- фактор сексуального возбуждения;
- состояние мочевого пузыря;
- гормональный фактор;
- экосистема влагалища;
- метаболический фактор (сахарный диабет);
- кишечный фактор.

В ходе сбора анамнеза и дифференциальной диагностики при посткоитальном цистите следует учитывать и мужской фактор, куда входят персистенция возбудителя на головке пениса и крайней плоти, а также инфекция добавочных мужских половых желез. Помимо этого, учитываются использование презервативов, лубрикантов и спермицидов [44].

Финальным этапом в лечении посткоитального цистита при положительной пробе Хиршхорна является хирургическая транспозиция уретры. Такая операция обязательно сопровождается разделением уретрогименальных спаек. В практике применяются классическая операция О’Доннела и формирование субмукозного туннеля по Б.К. Комякову [45].

В атипичных случаях – при подозрении на наличие инородных тел или камней, признаках обструкции, подозрении на интерстициальный цистит или уротелиальный рак – должна выполняться цистоскопия. Она относится к «чистым» процедурам (класс I), поэтому при ее проведении антибиотикопрофилактика не требуется, если нет бессимптомной бактериурии. Искать при цистоскопии следует опухоли, в том числе карциному *in situ*, инородные тела и конкременты, гломеруляции, язвы Гюннера, дивертикулы, в том числе с узкой шейкой, признаки кистозного цистита и лейкоплакию. ■

У беременных пациенток должна лечиться бессимптомная бактериурия. Для этого, как правило, рекомендуется короткий курс антибактериальных препаратов, однако действующая рекомендация основана на исследованиях 1960–1980-х гг. с низким качеством методологии. Одна доза антибиотика сопряжена с меньшим риском нежелательных явлений, но в то же время – более выраженным риском низкой массы тела младенца при рождении. При цистите у беременных применяются нитрофурантоин, цефалоспорины (3–5 дней) и фосфомицин. Условно безвредными во всех трех триместрах беременности считаются пенициллин, цефалоспорины и макролиды.

В заключение Тарас Валерьевич подвел ряд итогов:

- Показатели титра микробных тел в моче нужно интерпретировать с осторожностью.
- Антибиотикотерапия при бессимптомной бактериурии показана у отдельных групп пациентов, в первую очередь беременных, хотя эта рекомендация в ближайшие годы может быть изменена.
- Фторхинолоны при неосложненных инфекциях нижних мочевых путей применяться не должны, за исключением особых случаев.
- При рецидивирующим цистите в первой линии должны рекомендоваться поведенческая профилактика и альтернативные препараты, не провоцирующие развитие антибиотикорезистентности (D-манноза, проантоцианидины, OM-89, пробиотики и др.).
- Следует прилагать разумные усилия для поиска органической причины рецидивирующих циститов. ■

Источники:

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| 1. Infect Control Hosp Epidemiol, 1999; 20: 250–278 | 13. Williams, 2011 | 24. Carlsson et al., 2003 | 36. Deprez et al., 2001 |
| 2. Koves, Wullt, 2016 | 14. Barber et al., 2016 | 25. Castello et al., 1996 | 37. Howell, 2007 |
| 3. Rosen et al., 2007 | 15. Paterson et al. | 26. Cochrane Systematic Review, 2016 | 38. Ross, Conway, 1970 |
| 4. Gorczynska et al., 2005 | 16. Bleidorn et al., 2010 | 27. Ochoa-Brust et al., 2010 | 39. Hollyer et al., 2019 |
| 5. Lee et al., 1996 | 17. Gagyor et al., 2015 | 28. Kontiokari et al., 2001 | 40. Bickel C. |
| 6. Hofland et al., 2004 | 18. Е.В. Кульчаевя, 2018 | 29. Slothers, 2002 | 41. Taha Neto et al., 2016 |
| 7. DeHertogh et al., 1988 | 19. Vik et al., 2018 | 30. Takahashi et al., 2013 | 42. Madersbacher et al., 2013 |
| 8. Walsh, Allen et al., 2011 | 20. Kilmartin A. Urinary Tract Infection, Sexual Cystitis and Interstitial Cystitis | 31. Vostalova et al., 2015 | 43. Kranjcec et al., 2014 |
| 9. Moore, Malykhina, 2014 | 21. Tian et al., 2016 | 32. Maki et al., 2016 | 44. Гамидов С.И., Шатылко Т.В. |
| 10. Walsh, Siddins et al., 2011 | 22. Hooton et al., 2018 | 33. Beerepoot et al. | 45. Пушкарь Д.Ю., Раснер П.И., Гвоздев М.Ю. |
| 11. Foxman, 2000 | 23. Gargan et al., 1993 | 34. McMurdo et al. | |
| 12. Hellstrom, 1991 | | 35. Milbury et al., 2010 | |

Материал подготовила В.А. Шадеркина
Доклад можно посмотреть на Uro.TV

ДЛЯ ЗАЩИТЫ
МОЧЕВЫВОДЯЩИХ
ПУТЕЙ

SYSTEMIUM ЦИСТЕНИУМ®

Уникальная комбинация D-маннозы,
проантоцианидинов клюквы и витамина С



Разрешен в период
беременности
и детям с 7 лет

При включении в комплексную терапию рецидивирующего цистита компоненты Цистениума II:



снижают вероятность развития рецидивов,¹⁻³



повышают эффективность антибактериальной терапии цистита.⁴

 **АКВИОН**

8 800 200 86 86

бесплатная горячая линия

cystenium.ru



СРП № RU.77.99.11.003.R.003791.10.19 or 16.10.2019 г. Реклама.

¹ Grabe M., BjerkLund-Johansen T.E., Botto H et al. Guidelines on Urological Infections. European Urological Association Guidelines on CD-ROM. – 2010.

² Genovese C., Davinelli S., Mangano K. et al. Effects of a new combination of plant extracts plus d-mannose for the management of uncomplicated recurrent urinary tract infections. J Chemother. 2018 Apr;30(2):107–114.

³ Ochoa-Brust G.J., Fernandez A.R., Villanueva-Ruiz G.J. et al. Daily intake of 100 mg ascorbic acid as urinary tract infection prophylactic agent during pregnancy // Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. – 2007. – № 86. – P.783–787.

⁴ Marchiori D., Zanello P.P. Efficacy of N-acetylcysteine, D-mannose and Morinda citrifolia to Treat Recurrent Cystitis in Breast Cancer Survivors. In Vivo. 2017 Sep-Oct;31(5):931–936.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Ноктурия

Связь между обструктивным апноэ сна и ноктурией: мета-анализ

Взаимосвязь между обструктивным апноэ сна (ОАС) и риском ноктурии остается на сегодня неясной. По этой причине было решено уточнить, влияет ли ОАС на встречаемость ноктурии.

Тщательный поиск литературы по базам PubMed, Web of Science и Embase позволил отобрать 13 исследований, полностью отвечающих критериям включения. Они объединили данные 406 пациентов и 9518 членов контрольных групп. Наблюдалась выраженная связь между ОАС и риском ноктурии, причем пациенты с тяжелой формой ОАС имели более высокий риск. Также анализ подгрупп показал статистически значимую ассоциированность между ОАС и риском ноктурии у мужчин, а вот у женщин такой взаимосвязи не наблюдалось. Анализ подгрупп по различным диагностическим методам диагностики показал выраженную ассоциированность ОАС и ноктурии вне зависимости от примененного метода диагностики ОАС.

Ученые сделали вывод о том, что мужчины с ОАС подвержены более высокому риску ноктурии. Анализ подгрупп показал, что чем тяжелее степень апноэ, тем выше риск ее развития. Эта работа в очередной раз подтвердила, что среди пациентов с ОАС выше встречаемость ноктурии, однако само исследование имело ряд ограничений. Оно включало анализ подгрупп с разделением по тяжести ОАС, однако не учитывало возможные факторы гетерогенности, такие как пол, раса и возраст. Помимо этого, пациенты с ОАС могли иметь другие системные заболевания, включая сердечно-сосудистые и сахарный диабет, которые также могли выступать источниками гетерогенности.

Для дальнейшего исследования взаимосвязи между ОАС и ноктурией, а также прояснения причин этой взаимосвязи было бы желательным проведение масштабного мультицентрового исследования.

Источник: https://nocturia.uroweb.org/publication/association-between-obstructive-sleep-apnea-syndrome-and-nocturia-a-metaanalysis/?utm_source=Meeting+ELUTS+%28update+05-19%29&utm_campaign=58d302822d-&utm_medium=email&utm_term=0_f2fc84cf6b-58d302822d-108183917#tab-main-comment



Потенциальные биомаркеры ноктурии у пожилых мужчин

Изучить связь между ноктурией и метаболитами мочи у пожилых мужчин, используя метаболомный анализ.

В исследовании приняли участие 66 мужчин в возрасте от 65 до 80 лет. Для оценки паттернов мочеиспускания использовались трехдневные дневники мочеиспускания, результаты шкалы IPSS и шкалы оценки качества жизни (QoL). Пациенты с общим баллом IPSS > 0 и показателем $\geq 1,5$ мочеиспусканий за ночь были включены в группу ноктурии. Пациенты с баллом IPSS < 8 и $< 1,5$ мочеиспусканий за ночь выделены в контрольную группу. Предпринят комплексный метаболомный анализ образцов мочи. Метаболиты между группами сравнивались с использованием непарного t-теста. Для определения взаимосвязи между ноктурией и выявленными метаболитами использовался метод мультивариантной логистической регрессии.

В группу ноктурии и контрольную группу вошли 45 и 21 человек соответственно. Между участниками в разных группах не было различий в фоновых факторах, за исключением приема антихолинергических препаратов и наличия заболеваний, связанных с образом жизни. По данным дневников мочеиспусканий, ночной объем мочи, частота мочеиспусканий за сутки и количество ночных мочеиспусканий были существенно выше в группе ноктурии, чем в контрольной. Метаболомный анализ выявил 16 метаболитов, которые по-разному распределялись между группами. Мультивариантный анализ показал, что с ноктурией были связаны повышенный уровень серотонина и сниженные уровни 3-гидроксипропионовой кислоты и индола-3-ацетонитрила.

Эти находки позволяют предположить, что у пожилых мужчин уровни метаболитов мочи, включая серотонин, 3-гидроксипропионовую кислоту и индол-3-ацетонитрил, ассоциированы с патогенезом ноктурии.

Источник: https://nocturia.uroweb.org/publication/urinary-metabolites-identified-using-metabolomic-analysis-as-potential-biomarkers-of-nocturia-in-elderly-men/?utm_source=Meeting+ELUTS+%28update+05-19%29&utm_campaign=58d302822d-5&utm_medium=email&utm_term=0_f2fc84cf6b-58d302822d-108183917#tab-main-comment ■

Ноктурия, рефракторная к монотерапии тамсулозином

Исследовать эффективность и безопасность терапии тамсулозином 0,4 мг у пациентов с ноктурией, не отвечающей на терапию тамсулозином 0,2 мг.

В мультицентровое проспективное наблюдательное исследование без контрольной группы включались пациенты со стойкой ноктурией, не показавшей улучшений после > 1 месяца терапии тамсулозином 0,2 мг. Оценивались изменения в среднем количестве ночных мочеиспусканий, доля пациентов, продемонстрировавших улучшение симптомов на 50%, трехдневные дневники мочеиспускания и баллы по опросникам.

Всего 62 пациентам был ранее назначен тамсулозин 0,2 мг, из них 56 был назначен тамсулозин 0,4 мг. Десять пациентов выбыли из исследования. Доложено об одном случае ортостатической гипотензии. Средний возраст пациентов составил 68 лет. После одного и двух месяцев приема тамсулозина 0,4 мг 23,9 и 22,7% пациентов соответственно продемонстрировали снижение симптомов ноктурии на 50%, также 16,1 и 19,4% пациентов соответственно оценили лечение как «очень эффективное». Повышение дозы тамсулозина с 0,2 до 0,4 мг не показало влияния на ночной уровень мочи. Мультивариантный анализ методом логистической регрессии показал, что низкий уровень сывороточного натрия ($OR = 0,41$, $p = 0,037$) и наличие ургентного недержания мочи ($OR = 7,08$, $p = 0,036$) выступали предикторами существенного облегчения симптомов ноктурии в ответ на лечение 0,4 мг тамсулозина.

Повышение дозы тамсулозина может привести к существенному улучшению у 20% пациентов с ноктурией и способно оказаться особенно эффективным у больных с низким уровнем натрия или ургентным недержанием.

Источник: https://nocturia.uroweb.org/publication/a-prospective-multicenter-open-label-study-of-dose-escalation-therapy-in-male-patients-with-nocturia-refractory-to-0-2-mg-tamsulosin-monotherapy/?utm_source=Meeting+ELUTS+%28update+05-19%29&utm_campaign=58d302822d-0&utm_medium=email&utm_term=0_f2fc84cf6b-58d302822d-108183917#tab-main-abstract

Позволяют ли нынешние понимание и лечение ноктурии улучшить уход за пациентами? Сессия ежегодного совещания Общества по изучению недержания мочи-2018

В 2018 г. в Бристоле состоялась Сессия ежегодного совещания Общества по изучению недержания мочи (Incontinence-Research Society, ICI-RS), целью которой была выработка общих принципов и усовершенствования подходов к лечению ноктурии.



Резюме совещания содержало факты того, что ноктурия является известным фактором риска травмирования пожилых пациентов в результате внутригоспитальных падений. К сожалению, сегодня при экстренной госпитализации пожилых пациентов не учитывается вероятность у них ноктурии, поэтому организация ухода за ними не включает этот фактор.

Необходимо рассмотреть новый подход к уходу за больными с ноктурией. Также требуется большее количество исследований взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний и ночной полиурии, поэтому ведение таких пациентов может быть оптимизировано путем привлечения кардиолога. Определенно сохраняется необходимость в фенотипировании ноктурии по емкости мочевого пузыря, фазе наполнения и фазе опорожнения, чтобы выделить доступные методы терапии различных фенотипов. В ближайшем будущем «умные» цифровые устройства и приложения мониторингования пациентов могут помочь в облегчении диагностики и лечения ноктурии.

Источник: <https://nocturia.uroweb.org/publication/our-current-understanding-management-nocturia-allowing-improved-care/#tab-main-comment> ■

Ноктурия и старческая дряхлость у мужчин

В настоящее время взаимосвязь между старческой дряхлостью и ночными мочеиспусканиями мало изучена.

Учеными была сделана попытка охарактеризовать связь между старческой дряхлостью, оцененной по индексу дряхлости (Fragility Index, FI), согласно критериям Канадского исследования здоровья и старения (Canadian Study of Health and Aging, CSHA), и ноктурией, оцененной по измерению ночного мочеиспускания.

Предпринят внебольничный анализ дневников мочеиспускания пожилых мужчин с симптомами нижних мочевых путей (СНМП), наблюдающихся у уролога амбулаторно. В исследование были включены мужчины старше 65 лет с двумя и более ночными мочеиспусканиями. Модифицированный FI рассчитывался на основании базы СНМП, включающей 39 переменных из исходного исследования CSHA. Пациенты были разделены на три группы согласно модифицированным FI: низкой ($\leq 0,077$) ($n = 59$), средней ($> 0,077$ и $< 0,179$) ($n = 58$) и высокой ($\geq 0,179$) ($n = 41$) степени выраженности старческой дряхлости. Параметры дневников сравнивались по критериям Краскела – Уоллиса и Уилкоксона с поправкой Бонферрони.

Было обнаружено, что группа высокой степени дряхлости характеризовалась более высоким ночным объемом мочи, максимальным объемом опорожнения и максимальным ночным объемом опорожнения, а также наиболее высоким ночным продуцированием мочи. Коморбидное присутствие сахарного диабета не объясняло этот эффект.

Пожилые мужчины с высоким уровнем дряхлости, обращающиеся за медицинской помощью по поводу СНМП, страдают от избыточного ночного продуцирования мочи. Необходимо дальнейшее изучение механизма взаимосвязи между избыточным продуцированием мочи и функциональными нарушениями.

Источник: https://nocturia.uroweb.org/publication/association-between-nocturia-and-frailty-among-elderly-males-in-a-veterans-administration-population/?utm_source=Meeting+ELUTS+%28update+05-19%29&utm_campaign=58d302822d-amp;utm_medium=email&utm_term=0_f2fc84cf6b-58d302822d-108183917#tab-main-comment ■

*Смотрите сны,
не отвлекаясь*

ДИУНОРМ

- уникальное решение для пациентов, страдающих ноктурией
- аналогов в России нет



SHPHARMA
source of healing

№ свидетельства государственной регистрации RU.77.99.11.003.E.004613.10.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Инфекционный фактор мужского бесплодия



В.А. Божедомов,
врач высшей квалификационной категории, андролог, д.м.н., профессор
(г. Москва)

В ходе совместного конгресса урологов ОАО «РЖД» и ФМБА России врач высшей квалификационной категории, андролог, д.м.н., профессор Владимир Александрович Божедомов рассказал о тонкостях лабораторной диагностики инфекционных факторов мужского бесплодия.

К числу причин мужского бесплодия относятся нарушения эрекции и эякуляции, урогенитальные инфекции, врожденные аномалии развития, действие неблагоприятных внешних факторов, варикоцеле, эндокринные и иммунологические факторы, системные заболевания, а также идиопатические нарушения качества спермы [1-3]. При этом примерно 20% мужчин имеют олиосперию, что свидетельствует о наличии инфекционно-воспалительного процесса. Другим критерием его присутствия является большое количество микробов в сперме (больше 1 тыс. КОЕ/мл) и увеличение количества лейкоцитов (более 1 млн, а по мнению ряда экспертов – более 100 тыс./мл) [4].

Профессор напомнил, что диагностическим критерием простатита часто считается присутствие в секрете простаты после массажа более 10 лейкоцитов в поле зрения. Однако не до конца ясно, при каком увеличении должно производиться микроскопическое исследование и какому количеству лейкоцитов в сперме соответствует такой уровень. В России принято считать признаком наличия простатита уровень в 400 и более лейкоцитов на мл в сперме, в большинстве зарубежных стран – 1000.

По словам докладчика, лейкоциты – важный показатель, но гораздо важнее продукция ими активных форм кислорода. Избыток свободных радикалов, возникающий при этом, приводит к повреждению сперматозоидов.

Внутренними факторами возникновения оксидативного стресса являются недостаточность протаминов и топоизомераз, внешними – лейкоциты, курение табака, инфекции полового тракта, перегревание яичек, варикоцеле, токсины, недостаток антиоксидантов спермы, длительное воздержание и т. д.

По собственным данным, представленным Владимиром Александровичем, оксидативный стресс имеет место в 40% случаев мужского бесплодия, по данным зарубеж-



ных исследователей – в 30–80% [5]. В результате происходит фрагментация ДНК сперматозоидов, которая ведет не только к трудностям в зачатии, но также к привычному невынашиванию, врожденным дефектам и заболеваниям у младенцев. Механизмом повреждения сперматозоидов может являться не только некроз в результате действия лейкоцитарных свободных радикалов, но и апоптоз, возникающий вследствие воздействия микробов в отсутствие лейкоцитов.

В последние годы в международном урологическом сообществе ведутся многочисленные дискуссии о роли различных микроорганизмов в развитии мужского бесплодия. По результатам недавнего мета-анализа, *U. parvum* и *M. genitalium* не связаны с мужским бесплодием, однако значимая взаимосвязь существует с *U. urealyticum* и *M. hominis* [6].

Широко известно, что в структуре заболеваемости бактериальный простатит составляет всего порядка 20% случаев, а 40% и более приходится на простатит категории IIIA, когда присутствует воспаление, но не выделяется никаких патогенов. Однако, как подчеркнул Владимир Александрович, если сделать шаг в сторону от обычного посева, обнаружится присутствие большого количества микроорганизмов и при этом виде простатита.

Эти микроорганизмы – облигатно-анаэробные (их еще называют строгие анаэробы), следовательно, невысеваемые традиционными методами на обычных средах. Они открыты в последние годы с помощью молекулярно-генетических методов исследования, ранее были неизвестны, потому что не растут при культивировании на питательных средах.

Методика «Андрофлор», основанная на амплификации генов микроорганизмов и человека, позволяет не только выявлять основные ИППП, но и количественно оценивать условно-патогенные микроорганизмы, компоненты нормальной микрофлоры мужчин, то есть определять структуру микробиома и доминирующую группу бактерий при отклонении от нормы. Принципиальная разница нового подхода – определение соотношений компонентов микрофлоры вместо качественной идентификации нескольких уропатогенов, что стало возможным за счет применения технологии ПЦР в реальном времени вместо классической ПЦР. Поскольку именно неконтролируемое, избыточное размножение условно-патогенных микроорганизмов может приводить к развитию воспаления и появлению клинических симптомов, количественные тесты Андрофлор дают более корректные результаты диагностики на инфекции. Одновременное определение в одном исследовании ИППП и структуры бактериального микробиома позволяет объективно доказать присутствие в сперме высокой доли анаэробных микроорганизмов, по-новому оценить взаимосвязь инфекционного фактора и мужского бесплодия, дифференцированно подойти к выбору тактики ведения пациентов. (Прим. редакции) ■

В антибактериальном лечении мужчин с бесплодием и хроническим простатитом категории IIIA на первом месте традиционно препараты хинолонового ряда, однако стоит учитывать, что эти антибиотики сами по себе могут нанести вред сперматозоидам, затрагивая метаболизм. Кроме того, Европейская комиссия по фармакотерапии в последние годы относит хинолоны к препаратам резерва в силу высокого уровня развития резистентности к ним. Владимир Александрович привел результаты собственного сравнительного исследования эффективности антибактериальных препаратов. В ходе него первой группе из 20 пациентов была назначена схема Юнидокс 200 мг/сут + Вильпрафен 1500–2000 мг/сут, 10 + 10 дней, второй группе из 50 человек – Таваник 500–750 мг/сут на 14–30 дней. Через месяц после лечения показатели спермограмм ни в первой, ни во второй группе существенно не изменились. При этом уровень лейкоцитов более выражено снизился среди пациентов первой группы – $0,8 \pm 1,1$ против $1,4 \pm 4,1$. Кроме того, при проведении специальных тестов в дополнение к спермограмме – на уровень оксидативного стресса и фрагментацию ДНК – качество сперматозоидов также оказалось выше в первой группе.

Таким образом, в процессе диагностики причин мужского бесплодия андрологическая лаборатория должна выполнять полный анализ спермы, обязательно включающий оценку:

- жизнеспособности, подвижности, морфологии и количества сперматозоидов;
- признаков воспаления (лейкоциты, эластаза, активные формы кислорода);
- антиоксидантной активности эякулята;
- повреждений ДНК сперматозоидов;
- наличия антиспермальных антител (АСАТ);
- постэякуляторной мочи.

Помимо этого, могут проводиться другие функциональные тесты. В заключение Владимир Александрович добавил, что за дополнительной справочной информацией можно обращаться на сайт androlog-lab.ru ■

Источники:

1. WHO, 2000
2. Nieschlag E. et al., 2010
3. Божedomов В.А. и соавт., 2013

4. Weinder W. et al., 2019
5. Showell et al., 2011
6. Huang C. et al., 2019

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой
Выступление можно посмотреть на Uro.TV

Андрофлор®

Победитель
национальной
медицинской премии
«Призвание 2014»



Тест для мужчин от разработчиков Фемофлора®

Победитель
Prix Galien Russia
2016 в номинации
«Лучший российский продукт»



Андрофлор® — отсутствие аналогов в мире

- количественная оценка нормального и условно-патогенного микробиома мочеполовой системы у мужчин + обнаружение ИППП;
- зарегистрирован в МЗ РФ как медицинский диагностик (Регистрационное удостоверение РЗН №2016/4490);
- в основе теста — одна из самых чувствительных и специфичных, быстрых и современных технологий — ПЦР в реальном времени.

Андрофлор® — всегда точно в срок

- тест позволяет оценить адекватность представленного для исследования биоматериала и определить группы микробов, являющихся причиной заболевания;
- дополнение или альтернатива традиционным методам диагностики инфекций репродуктивной системы;
- основа индивидуального и эффективного лечения пациента без избыточной терапии.

ВАЖНО! Андрофлор® достоверно определяет микроорганизмы, которые трудно или невозможно выявить при микробиологических посевах.

Когда нужен такой анализ?

- При диагностике причин бесплодия, репродуктивных неудач;
- При подготовке к ЭКО;
- При неэффективном лечении острых и хронических форм урологических заболеваний;
- Перед урологическим оперативным вмешательством.

Как выбрать тест?

Андрофлор®Скрин (короткий профиль) — диагностика острых форм заболеваний. Биоматериал — соскоб из уретры, с головки полового члена, крайней плоти. Первая порция утренней мочи — только при остром воспалении!

Андрофлор® (расширенный профиль) — диагностика острых и хронических форм заболеваний, причин бесплодия. Биоматериал — эякулят, секрет простаты.

Как интерпретировать результат?

Для удобства используется цветовая кодировка, бланк сопровождается лабораторным заключением.

- соответствие критериям нормы
- умеренное отклонение от критериев нормы
- выраженное отклонение от критериев нормы

Где выполнить Андрофлор®?

Назначить тесты можно в каждом городе России, они выполняются во всех федеральных лабораторных сетях и в крупных медицинских лабораториях.



ДНК-ТЕХНОЛОГИЯ

«ДНК-Технология»

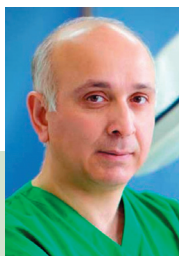
г. Москва, Варшавское шоссе, д. 125Ж, корп. 6. Тел./факс: +7 (495) 640-17-71.

www.dna-technology.ru, mail@dna-technology.ru

Служба клиентской поддержки:

8 800 200-75-15 (звонок по России бесплатный), hotline@dna-technology.ru

Абсцесс почки. Декапсуляция, нефрэктомия или...?



Б.Г. Гулиев,
д.м.н., профессор, руководитель урологического отделения Мариинской больницы, Северо-Западный медицинский университет им. Мечникова (г. Санкт-Петербург)

Доклад о доступных в настоящее время методах лечения абсцесса почки на урологической интернет-конференции № 7 представил Бахман Гидаятович Гулиев, д.м.н., профессор, руководитель урологического отделения Мариинской больницы, профессор кафедры урологии Северо-Западного медицинского университета им. Мечникова, г. Санкт-Петербург.

Абсцесс почки – это гнойное воспаление, характеризующееся расплавлением тканей почки и образованием полости, заполненной гнойным содержимым. Абсцесс является одной из форм острого гнойного пиелонефрита. До начала эры антибиотиков главным возбудителем в этиологии абсцесса почки считался стафилококк, однако после 1970 г. стали превалировать грамотрицательные микроорганизмы.

Факторы этиопатогенеза абсцесса почки

Выделяется ряд факторов этиопатогенеза абсцесса почки.

В частности, гематогенное поражение почки грамотрицательными микроорганизмами нередко может случаться у ряда пациентов, но вряд ли такой путь будет первичным в формировании абсцесса. Нет клинических доказательств того, что большинству поражений почки предшествует септицемия. Стоит отметить, что грамотрицательный пиелонефрит практически невозможно воспроизвести у животных, если почка не травмирована и не наблюдается ее обструкции. Почка с частичной обструкцией, в свою очередь, отказывается от грамотрицательных инокулятов так же, как и нормальная почка. Таким образом, восходящая инфекция, связанная с тубулярной обструкцией, является, по-видимому, основным путем развития абсцессов.

Диагностика: УЗИ & КТ & МРТ

В ходе УЗИ абсцесс почки обычно виден как неоднородный участок – гиперэхогенный, с анэхогенным центром и гиперэхогенным ободком, отмечаются уровень жидкости и отсутствие кровотока при ЦДК. При дифференцировании с карбункулом почки нужно учитывать, что карбункул – это неоднородный гипоэхогенный участок со снижением кровотока при ЦДК.

Для уточнения диагноза и более подробной визуализации стоит обратиться к КТ и МРТ. В частности, мультиспиральная КТ дает четкое представление об особенностях ангиоархитектоники почек, очагах нарушенного кровообращения и участках гнойной деструкции паренхимы.

Выбор хирургического метода лечения

Помимо перкутанных методов дренирования, распространенным методом лечения абсцесса почки выступает люмботомия и ревизия почки. Также в качестве альтернативного метода может рассматриваться ретроперитонеоскопия. До начала эры видеохирургии при выборе метода лечения применялись следующие критерии: при размере абсцесса от 3 до 5 см выбиралось перкутанное дренирование, а более 5 см – люмботомия. При этом Бахман Гидаятович отметил важность индивидуального подхода к каждому случаю в процессе выбора тактики. ■



Рассматриваемая тема не отличается высокой изученностью. В частности, в глобальной базе Pubmed по запросу «Renal abscesses» (абсцессы почки) находится 3280 статей, а «Renal abscesses treatment» (лечение абсцессов почки) – 2372 статьи. Отмечается нехватка рандомизированных исследований. В работе китайских исследователей 2007 г. [Ching-Hui Hung et al., Int Urol Nephrol, 2007] отмечается, что в посевах мочи у пациентов с абсцессом почки чаще всего выделяется *E. coli*, на втором месте по распространенности *Klebsiella pneumoniae*. Они же и в том же порядке наиболее часто выделяются при бакпосеве крови. Авторы сравнивали исходы у пациентов после перкутанного ($n = 12$) и хирургического ($n = 11$) дренирования. Средний размер абсцесса при перкутанном методе составлял 7,5 см, при перкутанном – 8,6 см. В качестве предрасполагающих факторов выделены камни почек, инфекции мочевых путей и сахарный диабет.

Отечественный опыт хирургического лечения абсцессов почек

В 2016 г. в журнале «Экспериментальная и клиническая урология» было опубликовано отечественное исследование «Наш опыт ретроперитонеоскопического лечения гнойно-воспалительных заболеваний почек и забрюшинного пространства» [Кадыров З.А. и соавт. Экспериментальная и клиническая урология, 2016]. Согласно материалам исследования, показаниями к открытым и ретроперитонеоскопическим операциям были пионефроз, нагноение кисты, паранефрит, нагноение гематомы, абсцесс мышцы и абсцесс почки. По поводу последнего было прооперировано 9 пациентов: 5 – открытым методом и 4 – ретроперитонеоскопически. Из всех пациентов, включенных в исследование по разным поводам, предварительное пункционное дренирование потребовалось 27,2% пациентам в группе ретроперитонеоскопически из вмешательств и 33% – в группе открытых. Пункционное дренирование выполнялось 100% пациентов с пионефрозами, 36,3% – с паранефритами и 40% пациентов с нагноившимися гематомами почек. Во всех случаях оно проводилось из-за высокого риска полноценного оперативного лечения, учитывая тяжесть состояния пациента. По исходам операций отмечена большая частота осложнений после открытых операций.

Клинические примеры ведения пациентов с абсцессами почек

Профессор привел несколько клинических случаев из собственной практики, отметив при этом, что рассмотренные случаи открытого вмешательства – ретро-



спективные, и в последние несколько лет лечение абсцесса почки проводится перкутанно.

Клинический случай № 1. Пациентка И., 23 года, страдает сахарным диабетом 1 типа. Жалобы на боли в правом боку, повышение температуры тела до 39 °С на протяжении 1 недели. Из анамнеза: с мая по июнь 2017 г. получала консервативную терапию (антибактериальную и детоксикационную) в нефрологическом отделении горбольницы г. Махачкалы. 23.06.2017 выполнена люмботомия справа, декапсуляция правой почки по поводу апостематозного пиелонефрита справа в Республиканском урологическом центре г. Махачкалы. 25.07.2017 выполнена там же повторная люмботомия справа и дренирование забрюшинного пространства в связи с повторной атакой пиелонефрита, паранефрита справа. 15.08.2017 госпитализирована в ОРИТ Мариинской больницы в тяжелом состоянии. В ходе обследования выполнена МСКТ брюшной полости, где выявлен абсцесс правой почки.

Клинический анализ крови: лейкоциты – 17,3, п – 35, Hb – 80 г/л, глюкоза – 16,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: лейкоциты – сплошь.

Креатинин и мочевины в норме.

Диагноз: хронический пиелонефрит, активная фаза. Абсцесс правой почки. Состояние после люмботомий. Уросепсис?

Во всех посевах (кровь, моча, гной) результат отрицательный.

Пациентке 15.08.2017 выполнено перкутанное дренирование абсцесса правой почки (2 * 1,5 см). Получено 2 мл гноя. Из-за малого размера полости дренаж не установлен. Девушка получала антибактериальную терапию (Инванз, Сульцеф).

17.09.2017 выписана в удовлетворительном состоянии.

Клинический случай № 2. Больная С., 54 года. Страдает сахарным диабетом 2 типа с 2007 г. Поступила с жалобами на боли в пояснице, общую слабость, повышение температуры тела до 39 °С продолжительностью 5 дней. Из анамнеза: в декабре 2016 г. находилась в урологическом отделении Мариинской больницы с диагнозом: хронический пиелонефрит, активная фаза, паранефрит справа. Проведено консервативное лечение.

14.03.2017 пациентка госпитализирована в ОРИТ Мариинской больницы в тяжелом состоянии. Клинический анализ крови: лейкоциты – 10,8, п – 33, Hb – 137 г/л, глюкоза – 45,44 ммоль/л.

Общий анализ мочи: лейкоциты – сплошь. ■

Креатинин – 234, мочевины – 14,3.

Проведена МСКТ с контрастированием.

Клинический диагноз: хронический пиелонефрит, активная фаза. Карбункул правой почки, ОПП ренального генеза. Азотемия, уремия.

24.03.2017 выполнена пункция карбункула правой почки с введением 1 мл водного раствора хлоргексидина. Все посевы отрицательные. Антибактериальная терапия (Тиенам). Отмечена положительная динамика при УЗИ-контроле.

7.04.2017 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

По собственным данным, которые представил Бахман Гидаатович, средний срок госпитализации при перкутанном дренировании ниже, чем при открытом вмешательстве (12,0 против 19,8). Также значительно меньше длительность самой операции: 26,1 против 84,2 мин. Значительно различаются сроки дренирования: в среднем 7,4 дня при перкутанном вмешательстве и 24,2 – при открытом. Нормализация анализов после перкутанного вмешательства наблюдается в 75,2% случаев, тогда как после открытого – в 57,1%, при этом нормализация уровня креатинина отмечается в 57,1% случаев при перкутанном вмешательстве и вообще не отмечается при открытом.

Размеры абсцесса не влияют значительно на сроки госпитализации после перкутанного дренирования и колеблются в пределах 10–12 дней при размерах от 2 и менее до 4 см и более. Также существенно не отличается длительность операции: 23–30 мин. При больших абсцессах реже наблюдается нормализация анализов: 25% случаев для размеров > 4 см против 100% для размеров < 2 см и температуры тела: 75,5 против 100% соответственно.

Опираясь на литературные и практические данные, допустимо сказать, что перкутанное дренирование можно применять при всех гнойных образованиях почки и забрюшинного пространства. Размер гнойного образования не является при этом критерием выбора открытой операции, так как изучаемые показатели в группе перкутанного дренирования с увеличением размера не ухудшаются. Перкутанное дренирование можно использовать у больных в тяжелом состоянии, так как оно выполняется под местной анестезией, время операции непродолжительное, а травма – незначительная. Открытые операции при этом можно рекомендовать при множественных абсцессах почки и неэффективности перкутанного дренирования. ■



Почки требуют
своевременной
заботы

НЕФРОБАК

Сбалансированный комплекс, с уникальным механизмом действия, способствующий уменьшению выраженности и длительности эпизодов хронического пиелонефрита, а также профилактике обострений хронического пиелонефрита.



- Уникальное решение в комплексной терапии и профилактике обострений хронического пиелонефрита
- Повышает эффективность антибактериальной терапии
- Ингибирует образование биопленок

SHPHARMA®
source of healing

www.shpharma.ru

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.002596.07.19 от 30.07.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Вирусы и репродуктивная функция



М.Н. Коршунов,
к.м.н., доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления
делами президента (г. Москва)

Тема борьбы с вирусами сегодня важна как никогда для мирового медицинского сообщества. В программе «Час с ведущим урологом» Максим Николаевич Коршунов, к.м.н., доцент кафедры урологии ФГБУ ДПО «ЦГМА» Управления делами президента, рассказал о влиянии вирусов на репродуктивную функцию человека.

Как напомнил Максим Николаевич, вирус – это неклеточный инфекционный агент, который может воспроизводиться только внутри живых клеток. Вирусами поражаются все типы организмов, включая растения, животных и бактерии. Вирусы обнаружены почти в каждой экосистеме Земли и являются самой многочисленной биологической формой. Размер типичного вируса варьируется от 15 до 350 нм, поэтому его можно увидеть только с помощью электронного микроскопа.

Начало вирусологии положил в 1892 г. Дмитрий Иосифович Ивановский, опубликовав свою статью, в которой он описывал патоген растений табака. Уже в 1898 г. Мартином Бейеринком был открыт вирус табачной мозаики. В 1939 г. Эрнест Гудпасчер вырастил вирус гриппа и несколько других вирусов в оплодотворенных куриных яйцах. С того момента ученые описали уже около 6 тыс. различных вирусов, хотя предполагается, что их существует более 100 млн. Первые изображения вирусов были получены после изобретения электронного микроскопа немецкими инженерами Эрнстом Руской и Максом Кноллем.

Со стороны репродуктивной системы возможен целый ряд негативных реакций на присутствие вирусов, например гибель сперматозоидов с уменьшением их концентрации, ухудшение качества спермы (подвижность, морфология) и повреждение генома гамет. Кроме того, воспалительные цитокины могут также косвенно влиять на выработку сперматозоидов и функцию половых органов, тем самым снижая фертильность [1-3].

Существует риск вирусного тестикулярного поражения. Его причинами могут быть перенесенные детские инфекции (корь, краснуха, грипп). Часто встречается эпидемический паротит, осложненный орхитом. В этом случае почти у половины переболевших мужчин отмечаются необратимые повреждения сперматогенного эпителия. При тестикулярном поражении наблюдается нарушение эндокринной и гаметопродуцирующей



функции яичек. При перенесенном одностороннем процессе – как правило, снижение фертильности. При двустороннем поражении гонад на фоне гипоплазии – тяжелые нарушения фертильности и гипогонадизм.

Широко распространенная проблема – вирус папилломы человека (ВПЧ). Первые упоминания о генитальных папиломах или кондиломах сделаны врачами древней Греции в I в. до н. э. Сегодня ВПЧ является самой распространенной инфекцией во всем мире, передаваемой половым путем. Наиболее высокий уровень выявления – у сексуально активных молодых людей [4].

В настоящее время Американский центр по контролю и профилактике заболеваний не рекомендует проводить оценку мужчин на ВПЧ, и ни один тест не был одобрен для обнаружения вируса в областях, отличных от шейки матки. В то же время существует высокая потребность в методах выявления ВПЧ у мужчин. Причинами к этому можно считать необходимость скрининга обоих партнеров в паре, аногенитальные бородавки, рецидивирующий респираторный папилломатоз, а также влияние на фертильность. Впрочем, следует помнить, что для ВПЧ до сих пор не существует специфических средств лечения.

Вирионы ВПЧ могут находиться не только на коже перианальной области, наружных половых органах, головке полового члена, но также в уретре, семявыносящем протоке, придатках яичка и самом яичке. Инфекции ВПЧ в значительной степени связаны с бесплодием, поскольку оказывают негативное влияние на качество спермы и могут повышать уровень антиспермальных антител. Также ВПЧ может влиять на акросомальную реакцию и ассоциируется с повышенной ДНК-фрагментацией. Доказана связь между инфицированием сперматозоидов ВПЧ и идиопатической астеноспермией [5-7].

В одном из недавних исследований выявлено, что ВПЧ не обнаруживается внутри ядра ни в эписомальной, ни в интегрированной форме, но обычно располагается на поверхности сперматозоидов. Показано, что вирус может инфицировать сперму человека и локализуется в экваториальной области сперматозоидов благодаря взаимодействию капсидного белка ВПЧ L1 и синдекана-1. Сперматозоиды, трансфицированные ВПЧ E6/E7 гены и подвергающиеся воздействию капсидного белка ВПЧ L1, способны проникать в ооцит и переносить вирусные гены, которые затем активируются. Эти данные указывают, что сперматозоиды могут функционировать как векторы для ВПЧ и переносить его в ооциты, что важно для исхода вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) [4].

В другом исследовании с участием 1138 субъектов было обнаружено, что инфицированность ВПЧ спермы составляет около 12% от общей популяции и 6,7% среди 523 подтвержденных фертильных мужчин. Среди 615 мужчин, страдающих идиопатическим ■

бесплодием, 17,4% были ВПЧ-положительными, что показало более высокий уровень в сравнении с контролем. Также следует обратить внимание на представленные в научной литературе данные о том, что ВПЧ-инфекция встречается в три раза чаще при спонтанных абортах, что может влиять на исходы программ ВРТ [8, 9].

Верификация ВПЧ проводится методом полимеразной цепной реакции, позволяющим идентифицировать генотип ВПЧ и определять степень вирусной нагрузки. Также проводятся цитологические и морфологические исследования, позволяющие исключить онкологическую патологию.

Также репродуктологам часто приходится сталкиваться с вирусом генитального герпеса. Первое сообщение об обнаружении герпесвирусов в эякуляте появилось около 40 лет назад. Герпетическая инфекция характеризуется широким распространением, 90% инфицированием человеческой популяции и пожизненной персистенцией вируса простого герпеса (ВПГ) в организме. ВПГ занимает второе место среди вирусных поражений человека, уступая гриппу, и также второе место среди вирусных инфекций, передающихся половым путем, после ВПЧ [10].

Согласно актуальным данным литературы, интенсивный показатель распространенности только простого ВПГ в Российской Федерации составляет 11,4 на 100 тыс. населения. При этом около 70% инфицированных не имеют эпизодов клинических проявлений [11]. С учетом данных различных источников частота встречаемости ВПГ среди бесплодных и фертильных мужчин отличается в разных исследованиях. Это может быть связано с использованием различных методов верификации вируса (культуральный метод, ПЦР, иммунофлуоресценция), особенностями обследуемого контингента и стран, где выполняются наблюдения.

Существуют данные о более высокой частоте выявления ВПГ у пациентов с бесплодием по сравнению со здоровыми мужчинами (31% против 17%). Аналогичные результаты получены методом ПЦР *in situ*: ВПГ обнаружен у 26% пациентов с бесплодием и у 2,6% мужчин контрольной группы [12]. Комплексное применение быстрого культурального метода, ПЦР и ПЦР *in situ* при исследовании вирусных маркеров в эякуляте 808 мужчин позволило выявить ВПГ у 27,2% обследованных [13].

Герпесвирусы способны реплицироваться в эпителиальных клетках уrogenитального тракта и добавочных железах, что создает условия для контакта зрелых гамет с вирусом в сперме. Используемые экспериментальные модели позволили установить факт инфицирования ВПГ и цитомегаловирусом (ЦМВ) незрелых половых клеток. Герпесвирусы способны вызывать острую литическую инфекцию сперматогенных клеток на ранних



стадиях инфекции. В то же время выраженный гаметотоксический эффект наблюдается и на поздних сроках, когда активность инфекционного процесса резко снижается. Это означает, что герпесвирусы могут оказывать не только прямое, но и опосредованное повреждающее действие [12].

В эксперименте на химерных животных удалось раскрыть некоторые молекулярные механизмы влияния ВПГ на сперматогенез: у трансгенных самцов мышей со встроенным геном тимидинкиназы ВПГ-1 (HSV1-tk) были выявлены нарушения фертильности. Показано, что на фоне повышенной экспрессии HSV1-tk происходит апоптоз сперматогониев, сперматоцитов и сперматид. Появляются акросомные аберрации, а также структурные аномалии шейки и жгутика сперматозоида. Предположительно вследствие ферментативной активности тимидинкиназы, накапливающейся в цитоплазме сперматид, происходит истощение запасов АТФ, необходимых для дальнейшего созревания половых клеток [14, 15].

В совокупности данные о высокой частоте выявления ВПГ в эякуляте мужчин с бесплодием, ухудшении показателей качества спермы, изменении состава популяции НПК, а также о прямом и опосредованном гаметотоксическом воздействии вируса в экспериментальных модельных системах указывают на то, что ВПГ играет определенную патогенетическую роль в формировании мужского бесплодия [16].

Клинические данные указывают на наступление беременности у трех бесплодных пар после назначения мужчине курса противовирусной терапии [10]. В другой работе отмечен эффект лечения ацикловиром у 5 из 12 бесплодных пар [17].

В диагностике ВПГ, по сравнению с клеточной культурой, метод ПЦР более чувствительный и специфичный. ПЦР в режиме реального времени требует менее строгих условий хранения и транспортировки образцов, чем вирусная культура, позволяет быстро обнаруживать и типировать ВПГ с меньшим риском контаминации, чем традиционная ПЦР. Серологические исследования рекомендуются при рецидивирующем или атипичном течении заболевания, когда прямые методы не определяют вируса. Не рекомендуется определение антител к ВПГ у пациентов с бессимптомным течением и проведение тестов на IgM в рутинной клинической практике.

Цитомегаловирус относится к семейству *Herpesviridae*. Частота обнаружения его ДНК в эякуляте пациентов с бесплодием составляет 2–3% во Франции, 2–3,7% – в Германии, 4,8% – в Китае, 2,1–49,5% – в Греции и 24% – в Японии. Данные о негативном влиянии ЦМВ на мужскую фертильность противоречивы. В одном из исследований при наличии активного инфекционного ЦМВ в эякуляте концентрация сперматозоидов оказалась в 1,7 раза ниже, чем в его отсутствие. Влияния на подвижность и морфологию гамет ■

выявлено не было [13]. Другое исследование показало, что у пациентов с мононуклеозоподобным синдромом ЦМВ-этиологии высокая концентрация вируса в эякуляте коррелировала с транзисторным снижением подвижности сперматозоидов [18]. Также указывалось на уменьшение концентрации сперматозоидов при наличии ЦМВ в сперме [19]. Но в тоже время другие исследователи сошлись во мнении об отсутствии влияния ЦМВ на показатели спермограммы [20, 21].

Таким образом, причинно-следственная связь ЦМВ с мужским бесплодием остается под вопросом. Несмотря на имеющиеся данные о нарушениях в составе популяции половых клеток при использовании количественного кариологического анализа в эякуляте ЦМВ-инфицированных мужчин и модели ЦСВ-инфекции яичка *in vitro*, большинство наблюдений указывает на отсутствие ассоциации вируса с показателями спермограммы.

Как напомнил Максим Николаевич, в профилактике вирусных инфекций важны барьерная контрацепция и моногамные отношения, а в случае с ВПЧ – вакцинирование до начала половой жизни. Если предотвратить инфекцию не удалось, лечение проводится с помощью противовирусных препаратов (Ацикловир, Валацикловир, Фамцикловир, Панавир) и иммуномодуляторов (Изопринозин, Циклоферон, Имунофан, Виферон и др.).

Полезным для укрепления иммунной системы и повышения фертильности может оказаться прием комбинированных препаратов с витаминами, антиоксидантами и коэнзимами, таких как, например, Сперотон и Синергин, нацеленных на поддержание репродуктивной функции. Также, чтобы обезопасить себя от вирусов, следует отказаться от вредных привычек, избегать стрессовых ситуаций, нормализовать режим сна и бодрствования.

Крайне актуальна сейчас тема вируса COVID-19. Количество наблюдений по нему пока что ограничено, но на сегодня нет данных о внутриутробном инфицировании плода путем вертикальной передачи вируса. Дети инфицированных рожениц в Китае родились здоровыми. Исследованные образцы плаценты и амниотической жидкости показали отрицательные результаты теста на коронавирус [22]. ■

Источники:

1. Guazzone, Jacobo et al., 2009
2. Perez et al., 2013
3. Bhushan, Shuppe et al., 2009
4. Foresta et al., 2015
5. Connelly et al., 2001
6. Lee et al., 2002
7. Hong et al., 2013
8. Yang et al., 2019
9. Foresta et al., 2010
10. Kotronias, Kapranos, 1998
11. Looker et al., 2008
12. Науменко В.А. и соавт., 2010
13. Климова Р.Р. и соавт., 2010
14. Caia et al., 2009
15. Huttner et al., 1993
16. Науменко В.А., Куц А.А., 2017
17. Kundsин et al., 1987
18. Lang D.J. et al., 1972, 1974
19. Wu K.H. et al., 2007
20. Bezold G. et al., 2007
21. Eggert-Kruse W. et al., 2009
22. Chen D. et al., 2020

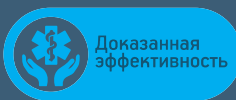
Материал подготовила Ю.Г. Болдырева
Доклад можно посмотреть на Uro.TV

x 2



Двойная защита репродуктивной системы:

-  Для улучшения показателей спермограммы.
-  При выраженном оксидативном стрессе.
-  Высоком уровне фрагментации ДНК сперматозоидов.
-  При подготовке к ЭКО.
-  При привычном невынашивании беременности у супруги.



АКВИОН

Доказанная
эффективность

8 800 200 86 86

бесплатная горячая линия

plan-baby.ru



СРП № RU.77.99.57.003.E.002191.06.19 от 21.06.2019 г. СРП № RU.77.99.57.003.E.002192.06.19 от 21.06.2019 г. Реклама.

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Реабилитация мужчин после комбинированного лечения злокачественных новообразований репродуктивных органов



Е.В. Гамеева,
заместитель директора по лечебной работе МНИОИ им. П.А. Герцена
(г. Москва)

На XV Конгрессе «Мужское здоровье» заместитель директора по лечебной работе МНИОИ им. П.А. Герцена (филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России) Елена Владимировна Гамеева рассказала о принципах реабилитации пациентов-мужчин после лечения злокачественных новообразований репродуктивных органов.

Принципы и этапы реабилитации

В начале своего выступления Елена Владимировна напомнила, что реабилитация – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических и других мер, направленных на эффективное и ранее возвращение больных и инвалидов в общество. Реабилитация онкологических пациентов должна начинаться до старта специального лечения, проводиться на всех его этапах и зачастую продолжаться на протяжении всей жизни пациента.

К основным принципам реабилитации онкологических пациентов относятся ранее начало лечения, соблюдение непрерывности, этапности и преемственности, комплексный характер мероприятий и работа мультидисциплинарной команды специалистов. Также крайне важен индивидуальный подход в лечении и восстановлении утраченных функций.

Реабилитацию онкобольных можно разделить на четыре этапа:

- подготовительный (медикаментозные, психотерапевтические, физиотерапевтические методы, лечебная физкультура);
- лечебный (органосохраняющие и реконструктивно-восстановительные операции, адекватное анестезиологическое пособие, сопроводительная терапия);

- ранний восстановительный (лечебная физкультура, массаж, физиотерапия);
- поздний восстановительный (реконструктивно-восстановительные операции, современное протезирование, медикаментозные и физиотерапевтические методы, психотерапия, диетотерапия и т. д. с фокусом на устранение нежелательных последствий лечения онкозаболеваний).

Индивидуальная беседа с пациентом ДО лечения

Тактику лечения следует определять после обсуждения с многопрофильной командой, включая урологов, специалистов по лучевой терапии, онкологов, рентгенологов, психологов и реабилитологов, взвешивая вместе с пациентом преимущества и недостатки каждого метода. В частности, пациентов, которым предлагают активное наблюдение, необходимо информировать, что общее качество жизни через пять лет у них будет сопоставимо с показателями после радикальный простатэктомии (РПЭ) или лучевой терапии (ЛТ). С другими категориями больных следует обсуждать отрицательное влияние РПЭ на функцию мочеиспускания и сексуальную функцию, а также негативное воздействие ЛТ на функцию кишечника. Пациентов, которым проводится брахитерапия, нужно ставить в известность об усилении выраженности симптомов накопления через год с последующим восстановлением показателей через пять лет.

Реабилитация после РПЭ

Рак предстательной железы (РПЖ) занимает второе место по распространенности и составляет 14,5% среди злокачественных новообразований у мужчин. К методам его лечения относятся открытая, лапароскопическая и роботассистированная простатэктомия, а также брахитерапия и медикаментозная терапия. Нужно иметь в виду, что частота встречаемости эректильной дисфункции (ЭД) после выполнения РПЭ варьирует от 25 до 100% в зависимости от выбранной методики. При этом статистически значимое преимущество в частоте восстановления эрекции через 12 месяцев говорит в пользу роботассистированной РПЭ по сравнению с позадилоной. К другим осложнениям относятся стриктуры уретры (0,5–9%), постлучевые воспаления (45–55%) и недержание мочи (5–30%). Нужно отметить, что по итогу опроса пациентов в возрасте более 60 лет, прошедших успешное хирургическое лечение, но получивших ЭД как осложнение, 60% из них были не удовлетворены качеством проведенной операции. ■

В НИИ урологии им. Н.А. Лопаткина в 2011 г. было проведено исследование результатов и нежелательных последствий РПЭ по билатеральной нервосберегающей методике. Как оказалось, если до операции средние баллы по международному индексу эректильной функции составляли примерно 24,3 ($n = 21$), то через 3 месяца этот показатель оказался равен в среднем 4,2, через полгода – 6,3, а через год – 14,5.

Методы коррекции ЭД можно разделить на консервативные и оперативные. К числу первых относятся лекарственные препараты, пероральные и вводимые интракавернозно или интрауретрально, а также вакуумные устройства, экстракорпоральная ударно-волновая терапия и психотерапия. Среди оперативных методик применяются, в первую очередь, сосудистые реконструкции. В общей популяции порядка 90% пациентов с ЭД получают консервативную терапию, однако среди мужчин, прошедших РПЭ, такая же доля склоняется к эндофаллопротезированию. Так, в числе пациентов НИИ урологии 84 из 97 человек (86,6%) после РПЭ изъявили желание пройти протезирование.

Насколько бы простой ни выглядела операция по эндофаллопротезированию, у нее безусловно есть и свои осложнения. В частности, это инфицирование, в 98% случаев развивающееся в первые 8 недель, перфорация кавернозных тел и уретры, перекрест кавернозных тел (кроссовер) и гипермобильность протеза. Важно, что выявление какой-либо инфекции в ходе операции требует перенесения ее на другое время.

Другим последствием РПЭ может быть недержание мочи. По истечении полугода после перенесенной операции в случае, если консервативные методики не работают, может применяться имплантация искусственного сфинктера уретры или мужских слинг-систем.

Реабилитация при раке яичка

Еще один значимый вопрос – реабилитация пациентов до и после комбинированного лечения рака яичка. Доля этой патологии в структуре общей онкологической заболеваемости среди мужчин составляет 1%, или 5% от числа всех опухолей уrogenитального тракта. При этом рак яичка является самым распространенным злокачественным новообразованием у мужчин в возрасте от 15 до 35 лет.

В международной классификации причин нарушения репродуктивной функции у мужчин Всемирной организации здравоохранения, а также в отечествен-



ных классификациях репродуктивная дисфункция у онкологических больных, получающих специфическое лечение, отдельно не выделяется и может рассматриваться как ятрогенный фактор или приобретенное поражение. Негативное воздействие способны оказывать гормональная и химиотерапия, лучевая терапия, оперативные вмешательства на мочеполовых органах и органах таза, а также полученная психологическая травма. Их следствиями являются сексуальные нарушения, в том числе ЭД, недержание мочи, дисморфофобические проблемы и мужской фактор бесплодия.

Сегодня в подавляющем большинстве стран Европы криоконсервация эякулята входит в состав лечения онкозаболеваний у мужчин, когда запланировано проведение химиотерапии, лучевой терапии или оперативных вмешательств, которые могут повлиять на сперматогенез и стать причиной нарушений эякуляции. Если криоконсервация недоступна в клинике пребывания, пациентам следует рекомендовать обратиться или передать материал в ближайший центр криоконсервации до начала терапии. При этом следует выполнять одномоментную криоконсервацию сперматозоидов при выполнении пациенту биопсии яичка с целью подтверждения фертильности.

Основным методом сохранения фертильности у онкологических пациентов является применение вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). В частности, это получение и криоконсервация зрелых сперматозоидов у половозрелых пациентов, в том числе с помощью микрохирургических технологий (MD-TESE, MESE). Мальчикам, не достигшим половой зрелости, которым предстоит химио-, лучевая терапии или орхэктомия, показана криоконсервация ткани яичка, которая может быть использована для восстановления фертильности (аутоотрансплантации) по достижении репродуктивного возраста.

Реабилитация при раке полового члена

Сравнительно редкое заболевание – рак полового члена. В России показатель заболеваемости на 2017 г. составил 0,67 на 100 тыс. населения. Вместе с тем уровень заболеваемости увеличивается с возрастом с максимальными показателями в 60–70 лет. Последствиями лечения этой патологии могут быть стресс, нарушение эстетического вида, сексуальная дисфункция и нарушения мочеиспускания. К методам реабилитации относятся реконструкция полового члена и его головки, а также психологическая поддержка. ■

Таким образом, в докладе был кратко рассмотрен целый ряд реабилитационных техник, среди которых мужская генитальная хирургия, фаллопротезирование, пластические операции в урологии, протезирование яичка, имплантация искусственного мочевого сфинктера и слинговые операции. Решение о порядке реабилитации пациента должно приниматься мультидисциплинарной командой специалистов с учетом его собственного мнения. Также важно обеспечить больному грамотную психологическую поддержку до, во время и после специализированного лечения.

Отсутствие единой службы и стандартов реабилитации онкологических пациентов.

Помимо этого, Елена Владимировна остановилась на текущих проблемах медицинской реабилитации онкологических больных в российском здравоохранении. В частности, это:

- отсутствие единой системы учреждений, оказывающих помощь по медицинской реабилитации;
- отсутствие отделений реабилитации в большинстве стационарных медицинских организаций онкологического профиля;
- отсутствие преемственности в мероприятиях по медицинской реабилитации на различных этапах;
- отсутствие обоснованности выбора методов реабилитации;
- отсутствие данных об эффективности используемых методов и программ реабилитации;
- отсутствие или устаревание программ подготовки кадров;
- неэффективные модели организации проведения мероприятий по медицинской реабилитации;
- недостаточное или непрофильное оснащение реабилитационных подразделений.
- отсутствие клинических рекомендаций, определяющих подход к реабилитации пациентов, перенесших онкологические заболевания.

Необходимость решения этих проблем трудно переоценить с учетом важности реабилитации для качества жизни пациентов. ■

*Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV*



НЕОБХОДИМЫЙ АКСЕССУАР
КАЖДОГО МУЖЧИНЫ

ГАРДАПРОСТ

- ♥ уникальное решение для пациентов, страдающих ДГПЖ и ПИН
- ♥ аналогов в России нет

КУРКУМИН + ГЕНИСТЕИН + ЭПИГАЛЛОКАТЕХИН-3-ГАЛЛАТ

SHPHARMA
source of healing

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.11.003.E.004904.11.18

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Экономические аспекты мочекаменной болезни и ее профилактики



Райан Хси,
профессор-ассистент отделения урологии медицинского центра
Университета Вандербильда (Нэшвилл, Теннесси, США)

На VI научно-практической конференции «Мочекаменная болезнь-2019: гордиться прошлым, стремиться в будущее» Райан Хси, профессор-ассистент отделения урологии медицинского центра Университета Вандербильда (Нэшвилл, Теннесси, США) рассказал о финансовых затратах, сопряженных с мочекаменной болезнью (МКБ), и методах профилактики, способных сократить расходы.

Статистика в России

В России заболеваемость МКБ возросла в период с 2005 по 2016 г. на 34%. В частности, в 2016 г. зафиксирован показатель в 737,5 случаев на 100 тыс. взрослого населения (0,7%). Распространенность болезни растет при этом во всем мире, наиболее высока она среди людей 60 лет и старше [1, 2, 3]. Риски возрастают у женщин и пациентов с ожирением.

Статистика в США

В то же время в США ежегодно регистрируется около 1 млн посещений отделений неотложной помощи с диагнозом «уролитиаз». В исследовании 2013 г. при помощи метода взвешенного линейного регрессионного анализа была выявлена показательная линия тренда, указывающая на рост количества случаев обращения по этому поводу [4].

У 50% пациентов в течение 5 лет отмечается рецидив камнеобразования. В 2/3 случаев при этом самостоятельного отхождения камней не происходит, и требуется активное медицинское вмешательство. Более чем у 10% больных на-



блюдается 3 и более эпизодов камнеобразования [4, 5]. Кроме того, МКБ часто ассоциирована с другими состояниями, среди которых ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, гипертензия, сахарный диабет, метаболический синдром и хроническая болезнь почек. Все они являются хроническими, их лечение сопряжено с большими временными и финансовыми затратами.

Экономика МКБ

Согласно подсчетам 2000 г. в США ежегодные затраты на диагностику, лечение МКБ и госпитализацию по ее поводу достигли 2,1 млрд долл. Таким образом, она занимает второе место среди урологических заболеваний по этим показателям после инфекций мочевых путей.

Расходы на амбулаторные страховые возмещения по поводу МКБ удвоились в период с 2004 по 2013 г. Также ежегодные амбулаторные расходы на пациента увеличились с 881 долл. в 2004 г. до 1058 долл. в 2013 г. Помимо этого, резко выросло количество исков: с 160 млн долл. судебных затрат в 2004 г. до 404 млн долл. в 2013 г. [6]. Также стоит отметить не прямые расходы, сопряженные с МКБ. В частности, треть пациентов с этим диагнозом теряет порядка 19 ч рабочего времени из-за болезни. Кроме того, затраты времени на амбулаторную помощь составляют в среднем 5,1 ч, а средний срок госпитализации равен 47,9 ч [7]. В исследовании 2005 г. также отмечено, что среди 3600 пациентов с МКБ у 50% наблюдаются рецидивы в течение 5 лет, в частности у 144 человек – в течение первого года [7]. В аналогичном случае в пределах одного предприятия при предупреждении 75% эпизодов с оперативным лечением МКБ работодатель сможет предотвратить затраты 440 тыс. долл. в год. Таким образом, окупается профилактика стоимостью 300 долл. в год на человека.

Профилактика МКБ на основе доказательности

Относительно профилактики два рандомизированных контролируемых исследования показали снижение риска рецидива МКБ при увеличении объема потребления жидкости, а именно такого количества воды требуется, чтобы выделять 2 л мочи ежедневно. Также существует как минимум одно положительное рандомизированное контролируемое исследование влияния диеты на риск ■

рецидивирования МКБ. В частности, показано, что диеты с низким уровнем животного белка (52 г/сут), нормальным уровнем кальция и низким содержанием соли имеют преимущество в профилактике рецидивов по сравнению с диетами с низким содержанием кальция и оксалатов у пациентов с рецидивным кальциево-оксалатным уролитиазом и гиперкальциурией [8-10]. В целом, для профилактики рецидивирования МКБ следует направить усилия на борьбу с лишним весом, увеличить объем потребления воды, не ограничивать потребление кальция и отказаться от сахаросодержащих напитков.

Расходы на профилактику и метафилактику – есть ли разница?

Также в одном из исследований был проведен анализ экономической эффективности первичных вмешательств по поводу МКБ [11]. Анализ связи изменения затрат на профилактику МКБ и частоты эпизодов камнеобразования и изменения затрат на метафилактику МКБ и риска рецидива МКБ показал, что вложения в профилактику более окупаемы, чем в метафилактику и лечение. Трехсторонний анализ, оценивающий влияние снижения риска камнеобразования, стоимость метафилактики и заболеваемость МКБ, показал, что можно добиться 75-процентного снижения риска рецидива.

Ключевое исследование 2012 г., проведенное во Франции, также показало, что первичное предотвращение МКБ является экономически эффективным для национальной системы здравоохранения [12]. В работе использовалась модель Маркова для расчета и сравнения затрат и результатов. Модель допускала 0,032% риск рецидива уролитиаза в течение года – 14,4% и снижение риска при большом потреблении воды на 40%. Расходы рассчитывались на основе официальных прайс-листов Франции, а результаты оценивались с точки зрения плательщика. Дерево решений моделей, использованных для расчетов, предусматривало ряд возможных исходов заболевания, включая излечение, рецидивы, хроническую болезнь почек, пиелонефрит и т. д. Также изучались снижение риска рецидива МКБ при высоком потреблении воды, смертность, последующая необходимость в диализе или трансплантации почки.

Во Франции, исходя из расчета на 65 млн жителей, расходы, сопряженные с МКБ, составляют 590 млн евро в год для плательщика: стоимость лечения –

«До сих пор в арсенале урологов не было средств, способных с такой степенью эффективности влиять на факторы оксалатно-кальциевого уrolитиаза»¹.



ОКСАЛИТ

- Уникальное эффективное решение в терапии оксалатного нефролитиаза
- Хорошая переносимость без побочных эффектов
- Аналогов нет

«ОКСАЛИТ оказывает значительное положительное влияние на обмен литогенного вещества — оксалатов: при его применении снижается уровень содержания оксалатов в суточной моче в 2,4 раза ($p < 0,05$)»².

«На фоне приема комплекса ОКСАЛИТ выявлено увеличение экскреции с мочой ингибитора кальций-оксалатного камнеобразования - магния на 53,4%»².

«Применение комплекса ОКСАЛИТ при лечении мочекаменной болезни может быть рекомендовано пациентам в качестве противорецидивного средства у больных кальций-оксалатным уrolитиазом»².

«Применение ОКСАЛИТ обосновано у пациентов с МКБ при выявлении в биохимическом анализе мочи гипероксалурии, гиперкальциурии»³.

«Одним из вариантов применения препарата ОКСАЛИТ является его использование для улучшения литокINETической терапии после проведенного сеанса дистанционной литотрипсии»³.

¹ М.Ю. Просянников, К.м.н., заведующий отделом мочекаменной болезни НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Оксалатный нефролитиаз. Варианты ведения пациентов. Дайджест урологии 2019 (5): 32-38. Урологический информационный портал UroWeb.ru; 21.11.2019

² М.Ю. Просянников, Д.А. Мазуренко, О.В. Константинова, И.А. Шадеркин, С.А. Голованов, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко. НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Кафедра урологии и андрологии ФМБЦ им. Бурназяна ФМБА РФ. Институт цифровой медицины ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России. Результаты оценки влияния растительного препарата с комплексом биологически активных компонентов на биохимические показатели мочи у больных мочекаменной болезнью. Экспериментальная и клиническая урология 2019; (4): 40-46

³ М.Ю. Просянников, О.В. Константинова, Н.В. Анохин, Д.А. Войтко. НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина — филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России. Возможности фитотерапии при метафилактике кальций-оксалатного уrolитиаза. Экспериментальная и клиническая урология 2019; (3): 104-108

SH PHARMA
source of healing
www.shpharma.ru

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.88.003.E.001471.04:18 от 10.04.2018

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

4267 евро, прямые затраты – 2767 евро, включая стоимость лечения и осложнений. При условии, что 100% населения будут соблюдать рекомендации по повышенному потреблению воды, ежегодная экономия средств составит 273 млн евро и будет зарегистрировано ориентировочно на 9265 меньше случаев МКБ. Кроме того, даже если рекомендаций будут придерживаться лишь 25% населения, экономия составит 68 млн евро и будет зарегистрировано на 2316 меньше случаев заболевания. В случае если заболеваемость МКБ в стране увеличится или уменьшится на 10%, средняя стоимость услуг уменьшится на 59 млн евро.

Также предотвращению МКБ с помощью гидратации посвящено американское исследование USDRN PUSH, проводящееся с сентября 2017 по сентябрь 2021 г. в 8 центрах с участием 1642 пациентов. Цель исследования – определить, как повышенное потребление жидкости и выделение мочи влияет на рецидивы МКБ. Критерии включения: хотя бы один эпизод почечной колики за последние 3–5 лет, низкое количество суточной мочи, владение и пользование смартфоном или другим устройством, совместимым с «умной» бутылкой. Первичным показателем выступало самостоятельное отхождение камня или выполнение операции.

В заключение Райан Хси подчеркнул, что мочекаменная болезнь широко распространена, часто рецидивирует и требует больших затрат. Некоторые модификации диеты при этом снижают риск ее рецидива. Бюджетный анализ показал, что профилактика и метафилактика МКБ способны значительно сократить расходы по сравнению с лечением. Однако необходимы дополнительные исследования по реализации и оценке эффективности профилактики МКБ. ■

Источники:

1. Аполихин О.И. и соавт. Экспериментальная и клиническая урология, 2018
2. Romero et al. Rev Urol, 2010
3. Scales et al. Eur Urol, 2012
4. Fwu. Kid Int, 2013
5. Parekattil et al. J Urol, 2016
6. Pearle. J Urol, 2005; Matlaga, UDA, 2017; Sakhalin. Kid Int, 2005
7. Saigal. Kid Int, 2005
8. Borghi. NEJM, 2002
9. Borghi. J Urol, 1995
10. Shuster. J Clin Epi, 1992
11. Lotan. J Urol, 2011
12. Lotan. BJU Int, 2012

Материал подготовила Ю.Г. Болдырева
Доклад можно посмотреть на Uro.TV

Оптимизация доступов к почке при хирургическом лечении МКБ



Д.А. Мазуренко,
доцент кафедры урологии и андрологии ФМБЦ (г. Москва)

На совместном конгрессе урологов ОАО «РЖД» и ФМБА России Денис Александрович Мазуренко, доцент кафедры урологии и андрологии ФМБЦ, поделился своим опытом оптимизации доступов к почке при хирургическом лечении мочекаменной болезни.

Антеградное удаление камней почек и мочеточников применяется при затрудненном ретроградном доступе – доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) больших размеров, деформирующей устья мочеточников; у пациентов после пластики мочеточников; у пациентов после цистэктомии с кишечными пластиками / кондудитом, а также при вколоченных камнях мочеточника.

При этом цистоскопия и катетеризация мочеточника облегчают вмешательство и снижают вероятность миграции конкрементов, однако при этом сопряжены с дополнительными инвазивными манипуляциями, удлиняют время операции, повышают риски пиелонефрита и увеличивают финансовые затраты.

Без предварительной катетеризации оперировать можно при ряде условий: при камнях ЛМС, полных коралловидных конкрементах, наличии гидронефроза (дилатации ЧЛС) и камнях чашечки (директивная пункция). Пункция при отсутствии ретенции выполняется только под контролем УЗИ и рентгена, используют гидрофильные жесткие струны с прямым кончиком, избегают введения контраста по игле. Как правило, практикуется проведение струны в мочеточник. При необходимости возможно введение контрастного препарата внутривенно.

Денис Александрович поделился собственным опытом: за последние 4 года выполнено 485 операций перепутанной нефролитотрипсии (ПНЛ), из них ■

417 (93%) – без катетеризации мочеочника. Увеличение уровня осложнений не зарегистрировано, SFR не отличался, время операции сократилось на 24%.

Таким образом, ПНЛ без катетеризации представляется безопасной методикой у селективных пациентов в исполнении опытного врача. Пункция недилатированной ЧЛС рекомендуется под УЗИ и только хирургом с большим опытом выполнения ПНЛ. При проведении операции необходимы иглы с эхометкой и гидрофильные струны со стальным сердечником и прямым кончиком для поисковых манипуляций. Относительными противопоказаниями могут быть ожирение, аномалии строения и гипермобильность почки.

На базе кафедры урологии и андрологии ИППО ФМБА было проведено наблюдательное несравнительное исследование эффективности БАД «Оксалит» у пациентов с оксалатными формами мочекаменной болезни. В состав Оксалита входят сухие экстракты фукуса пузырчатого, травы филлантуса нирури и травы десмодиума стираксолистного. Для определения эффективности исследуемого препарата пациентам выполнялся анализ разовой порции мочи на литогенные нарушения: кальций, магний, фосфор, оксалаты и мочевую кислоту с креатинином и расчетом нормализованных по креатинину показателей. Всем пациентам был назначен Оксалит по 1 капсуле 2 раза в день в течение 90 дней.

Анализ на литогенные нарушения выполнялся дважды, до и после приема препарата. Пациенты принимали препарат после проведения операции. По результатам исследования после трех месяцев приема Оксалита уровень оксалатов в моче снизился в среднем в 8,6 раза, с $6,5 \pm 9,2$ до $0,76 \pm 0,94$ ммоль/л ($p = 0,0033$). Также после трех месяцев приема препарата уровень кальция в моче снизился в среднем в 2,03 раза с $13,1 \pm 7,4$ до $6,4 \pm 2,8$ ммоль/л ($p < 0,0001$). Уровень магния, основного низкомолекулярного ингибитора литогенеза, в моче после трех месяцев приема Оксалита увеличился на 75%, с $2,04 \pm 1,9$ до $3,5 \pm 1,7$ ммоль/л ($p = 0,0017$).

Уровень мочевой кислоты в моче достоверно не изменился. Таким образом, нет смысла назначать этот препарат при уратных или фосфатных камнях, то есть он назначается только при оксалатных видах камней. Вместе с тем он может быть рекомендован для профилактики и метафилактики оксалатных форм мочекаменной болезни. ■

*Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой
Выступление можно посмотреть на Uro.TV*

ПЕЙРОНИ



АКТУАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ!

УНИКАЛЬНЫЙ КОМПЛЕКС С ДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ
АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ОТНОШЕНИИ БОЛЕЗНИ ПЕЙРОНИ

ПЕЙРОФЛЕКС



Активные компоненты комплекса ПЕЙРОФЛЕКС при курсовом приеме способствуют:

- Уменьшению размера фиброзной бляшки^{1,2,3}
- Замедлению прогрессирования искривления полового члена^{4,5}
- Уменьшению боли в активную фазу болезни Пейрони^{6,7,8}
- Профилактике искривления полового члена после травмы

SHPHARMA®
source of healing
www.shpharma.ru

1. Carlson C.C. Tech. Urol. 1997. Vol. 3, № 3. P. 135–139. 2. Hoesche-Künder R. Urologie. A. 1978. Vol. 17, № 4. P. 224–227. 3. Weidner W. et al. Eur. Urol. 2005. Vol. 47, № 4. P. 530–536. 4. ZARAFONETIS C.J., HORRAX T.M. J. Urol. 1959. Vol. 81, № 6. P. 770–772.
5. Scardino P.L., Scott W.W. Ann. N. Y. Acad. Sci. 1949. Vol. 52, № 3. P. 390–396. 6. Chermey J. Br. J. Urol. 1976. Vol. 47. P. 209–218.
7. Pryor J., Farrell C. Prog. Reprod. Biol. Med. 1983. Vol. 9. P. 41–45. 8. Devine C.J., Horton C. Semin. Urol. 1987. Vol. 5. P. 251–261.

№ свидетельства госрегистрации RU.77.99.88.003.R.003360.09.19 от 16.09.2019.

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Для специалистов

Камни почек и инфекция: Загадки и решения



И.А. Горгоцкий,
Врач-уролог, клиника высоких медицинских технологий СПбГУ, отделение урологии (г. Санкт-Петербург)

Врач-уролог Иван Александрович Горгоцкий (Клиника высоких медицинских технологий СПбГУ, отделение урологии) рассказал о целесообразности дренирования и длительной антибактериальной профилактики у пациентов перед проведением перкутанной нефролитотрипсии в ходе конференции, посвященной юбилею Санкт-Петербургского Городского центра эндоскопической урологии и новых технологий, «Нам 10 лет».

Во многих учреждениях здравоохранения сегодня работают клинические фармакологи, отвечающие за правильное применение препаратов. Без их одобрения зачастую невозможно получить и назначить, к примеру, необходимые антибиотики. И урологи, и клинические фармакологи осознают при этом наличие глобальной социально-экологической проблемы развития антибактериальной полирезистентности. При наличии у пациента мультирезистентной флоры в ряде случаев не работают ни антибиотики, ни даже бактериофаги, на которые ранее возлагались большие надежды.

Согласно действующим клиническим рекомендациям Европейской ассоциации урологов (ЕАУ), при перкутанных и эндоскопических операциях по удалению мочевых камней вполне достаточно однократной дозы антибиотиков. По данным актуальной на сегодня литературы, у пациентов с отрицательным посевом мочи антибактериальная профилактика снижает риск послеоперационной лихорадки и других осложнений при однократном введении. При этом определенность в предупреждении инфекционных осложнений отсутствует [1].

В зависимости от общего состояния пациента и наличия коморбидности каждый фактор риска развития осложнений необходимо оценивать отдельно [2]. Со стороны пациента к ним относятся:

- иммуносупрессия;
- химиотерапия;
- сахарный диабет;
- старческий возраст;



- ожирение / истощение;
- аномалии развития;
- деривация мочи;
- наличие дренажей (стенты, катетеры, нефростомы);
- признаки инфекции другой локализации;
- женский пол;
- хроническая почечная / печеночная недостаточность;
- длительная госпитализация;
- нарушения функции опорожнения мочевого пузыря;
- обструкция мочевыводящих путей.

Помимо этого, выделяется ряд факторов риска со стороны камней [3-5]:

- инфекционные камни;
- биопленки на камнях (даже неинфекционных);
- площадь поверхности;
- резидуальные фрагменты;
- оставленные дренажи.

Количество пациентов с нефролитиазом и положительным посевом мочи без иных осложняющих факторов составляет ориентировочно 16,2–30%. Таким больным можно предложить несколько методик лечения:

- хирургическое вмешательство (перкутанная нефролитотрипсия, ПНЛ);
- дренирование с антибактериальной терапией, затем ПНЛ после элиминации возбудителя;
- предварительный однонедельный курс антибиотиков, затем ПНЛ после элиминации возбудителя.

Недостатком тактики с дренированием является тот факт, что на любом дренаже со временем образуются биопленки. При назначении антибиотикопрофилактики следует задуматься, не будет ли такой курс избыточным. Кроме того, существует некоторый риск сепсиса после ПНЛ. Согласно клиническим рекомендациям ЕАУ, он составляет 0,3–1,1%.

Согласно указаниям Американской урологической ассоциации, при получении мутной мочи пациенту устанавливается дренаж с последующим этапным лечением. При этом не оговаривается длительность дренирования, также нет указаний насчет последующей оценки его эффективности и разъяснений по поводу биопленок. Уровень доказательности «С», указанный в рекомендациях, может предполагать альтернативную тактику. В ее качестве можно рассматривать ■

однонедельный предварительный курс ципрофлоксацина / нитрофурантоина. На этот счет, однако, также необходим ряд разъяснений: действуют ли препараты на бактерии внутри камня и на поверхности? Нужно ли выполнять контрольный посев мочи? Наконец, как относиться к риску развития резистентности? Пока этот метод практикуется без должных ответов [6,7].

Существует ряд работ, в которых указывается, что даже при получении мутной мочи при пункции чашечно-лоханочной системы в отсутствие признаков манифестации инфекции мочевых путей продолжение ПНЛ не повышает риски [8]. Также отмечается, что нефростома и стент сами по себе могут стать причинами инфекционных осложнений, и чем дольше они стоят, тем сильнее возрастает риск [9,10].

По разным данным, частота осложнений в исследованиях ПНЛ варьирует от 0,3% [EAU Guidelines] до 43% [11]. Сепсис – это жизнеугрожающая полиорганная дисфункция в условиях неадекватной резистентности организма инфекционному агенту. Оценивается по шкале SOFA/qSOFA [JAMA, 2016]. Сегодня выделяют также синдром системной воспалительной реакции. Это сочетание двух или более из следующих критериев:

- температура тела < 36 или > 38 °C;
- тахикардия > 90 / min;
- тахпноэ > 20 / min; или $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg;
- количество лейкоцитов $< 4 \times 10^9/\text{л}$ или смещение лейкоцитарной формулы влево.

Вслед за этим Иван Александрович рассказал о собственном исследовании, проведенном на материале 428 последовательных ПНЛ, выполненных 385 пациентам тремя хирургами в период с марта 2013 по апрель 2018 г. Критериями исключения выступали аномалии ВМП, почечная недостаточность, наличие единственной почки, иммунодефицит, сахарный диабет, терапия кортикоидами / цитостатиками и пластические операции на мочевыводящих путях в анамнезе. Пациенты были разделены на две группы: 1 – стерильная моча ($n = 254$) и 2 – положительный посев мочи ($n = 174$). Во второй группе был относительно больше размер камней ($25,2 \pm 13,6$ против $21,7 \pm 12,6$). В ней же было больше пациентов, которым предварительно устанавливалась нефростома или ранее проводилась дистанционная литотрипсия. В спектре бактерий чаще всего выделялась кишечная палочка *E. coli* (32%).

В числе предпосылок исследования выделялись расширение географии поступающих пациентов, низкое качество медицинской помощи вне крупных городов, часто – отсутствие у пациентов ресурсов для нескольких визитов и поэтапного лечения, бо-



язнь потерять работу из-за долгого отсутствия, низкая комплаентность к нефростоме, боязнь стентассоциированных симптомов и связанных с ними ограничений.

Пациентам проводились стандартные ПНЛ (30 Ch) или мини-ПНЛ (20 Ch) с пункцией под УЗ-контролем и использованием кожухов Amplatz. Все операции оканчивались установкой нефростом 12 Ch. В первый день после операции выполнялась низкодозная КТ почек, и проводился клинический анализ крови.

У пациентов со стерильной мочой производилось периоперационное (за 30 мин) введение антибактериального препарата широкого спектра действия (защищенные бета-лактамы или цефалоспорины 3-го поколения), далее препарат назначался ежедневно в терапевтической дозе в течение 5–7 дней.

Для пациентов с положительным посевом мочи препарат назначался с учетом показателей антибиотикограммы за сутки и за 30 мин до операции и далее – ежедневно, как в первой группе. Все препараты назначались в терапевтических дозах с учетом веса пациента и функции почек, согласно локальным рекомендациям по рациональной фармакотерапии.

По результатам, у пациентов из второй группы разницы в послеоперационных показателях и частоте осложнений не наблюдалось, по сравнению с первой. Разница наблюдалась лишь в среднем уровне снижения гемоглобина: в среднем 14,8 во второй группе против 11 в первой. Иван Александрович еще раз напомнил при этом, что для участия в исследовании отбирались пациенты из группы низкого риска, без серьезных факторов коморбидности.

Таким образом, можно сделать вывод, что положительный посев мочи не является независимым фактором риска послеоперационных осложнений при проведении ПНЛ у пациентов низкого уровня риска. Назначение антибактериального препарата за 24 ч до операции с учетом данных бактериологического исследования мочи может рассматриваться как альтернатива однонедельному курсу и позволяет производить ПНЛ с приемлемыми показателями безопасности у пациентов с положительным посевом мочи. При этом предшествующая установка нефростомы, а также неудачные ДЛТ повышают степень бактериальной нагрузки. ■

Источники:

1. Chew B.H. et al., 2016
2. Wollin D.A. et al., 2017
3. McAleer I.M. et al., 2003
4. Mariappan P. et al., 2005

5. Fowler J.E., 1984
6. Mariappan P. et al., 2005
7. Bag S., 2011
8. Etemadian M. et al., 2008

9. Sharifi Aghdas E. et al., 2006
10. Nevo A. et al., 2017
11. Moses R., 2007

Материал подготовлен В.А. Шадеркиной
Видео выступления можно посмотреть на Uro.TV



Диагностика эректильной дисфункции: персонализированный подход



Ю.В. Кастрикин,
Врач-уролог, андролог

На совместном Конгрессе урологов ОАО РЖД и ФМБА России андролог, уролог Юрий Васильевич Кастрикин рассказал о различиях в диагностической ценности методов выявления причин эректильной дисфункции (ЭД).

Статистика распространенности ЭД

В настоящее время известны результаты внутрисерийского исследования распространенности ЭД с участием 1255 мужчин. Они оказались неутешительными: легкая степень расстройства эрекции зафиксирована у 71,3% участников, средняя – у 6,7%, тяжелая – у 12%, а отсутствие ЭД – только у 10,1%. При этом стоит отметить крайне высокий уровень распространенности ЭД среди мужчин репродуктивного возраста – от 25 до 45 лет, он составил 49,1% среди участников исследования. В группе 45–69 лет этот показатель оказался равен 32%, а 65–75 лет – 18,3% [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, в 1998 г. во всем мире насчитывалось около 100 млн мужчин, страдающих ЭД, а к 2005 г. их количество выросло до 400 млн. Прогнозируется, что к 2025 г. этот показатель вырастет до 900 млн человек [2].

Эректильная дисфункция носит полиэтиологический характер. Среди наиболее распространенных причин ее развития – дислипидемия, метаболический синдром, артериальная гипертензия, ожирение, атеросклероз, сахарный диабет, симптомы нижних мочевых путей, гипогонадизм, злоупотребление алкоголем, ишемическая болезнь сердца и др. [3]. Чаще всего это сочетание нескольких факторов.

Наблюдается выраженная гемодинамическая связь между ЭД и сердечно-сосудистыми заболеваниями, и многие факторы риска являются для них общими. Известно, что при атеросклеротическом поражении нарушение пенильной динамики происходит раньше, чем снижение коронарного кровотока [4].

Адекватная диагностика ЭД: что подразумевает?

Проблема своевременной диагностики и адекватного лечения эректильной дисфункции стоит сегодня крайне остро. Сейчас на поиски вариантов лечения ЭД пациент может тратить от 2 до 5 лет, при этом проявления сопутствующих соматических заболеваний прогрессируют [5].

Диагностика ЭД требует комплексного интегративного подхода с применением лабораторных исследований, инструментального обследования и сексологического тестирования. В группу сексологического тестирования входят [6-9]:

- Шкала МИЭФ (Международный индекс эректильной функции);
- МКФ (Шкала количественной оценки мужской копулятивной функции);
- HADs (Госпитальная шкала тревоги и депрессии);
- AMS (Aging male's symptoms, Шкала симптомов старения мужчин).

В группе лабораторных исследований, в свою очередь, можно выделить [10]:

- исследование гормонов крови (общий тестостерон, ЛГ, ГСПГ, пролактин, ТТГ);
- биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, глюкоза, гликированный гемоглобин, креатинин, мочевины, холестерин, триглицериды, ЛПВП, ЛПНП).

К группе инструментального обследования относятся [11]:

- ФДГ;
- электрофизиологическое исследование полового члена;
- исследование системной эндотелиальной функции;
- мониторирование пенильных тумесценций (RigiScan);
- динамическая компьютерная фармакокавернозография.

Перечисленные методы исследования по большей части стандартизированы, однако их диагностическая ценность долгое время оставалась неуточненной.

Диагностическая ценность методов

По этой причине в московском НИИ урологии было проведено исследование для уточнения диагностической ценности используемых методов диагностики ЭД. В нем участвовали 470 мужчин с различными формами ЭД в возрасте от 18 до 75 лет (в среднем 40,2 года). Все они прошли сбор сексуального анамнеза ■

и тестирование (МИЭФ-15, HADS, AMS, МКФ), физикальное обследование с антропометрическими измерениями, лабораторную диагностику (биохимический анализ крови, глюкозо-липидный профиль, общий тестостерон) и специализированные диагностические тесты (ФДГ, исследование системной эндотелиальной функции, динамическая мультиспиральная компьютерная фармакокавернозография).

Вопросы по МИЭФ-15 относились к эректильной функции непосредственно, функции оргазма, сексуальному желанию, удовлетворенности половым актом и общей сексуальной удовлетворенности. Порядка 64% мужчин, страдающих ЭД, по данным исследования находятся в возрасте 18–45 лет. Наивысшая статистически значимая взаимосвязь обнаружена с такими показателями, как окружность талии, показатель тревоги, уровень общего тестостерона, холестерина, глюкозы и ГСПГ, максимальная скорость по глубокой дорсальной вене полового члена (ГДВ) и время сохранения кровотока по ГДВ.

Таким образом, по итогам исследования получены результаты, имеющие сильную, среднюю или слабую корреляционную связь. В первых двух группах находятся уровень общего тестостерона, холестерина, глюкозы, триглицеридов, ГСПГ. Также среднюю корреляционную связь имеют показатели продолжительности ЭД, уровень пролактина, возраст мужчины и ряд других показателей.

Таким образом, ряд исследованных параметров имеет сильную корреляционную связь, и изучение их уровня является важной составляющей современной диагностики ЭД. Другие параметры, имеющие среднюю корреляционную связь, могут быть использованы при диагностике и определении дальнейшей тактики лечения. В то же время показателями, которые имеют слабую корреляционную связь, при диагностике ЭД можно пренебречь, тем самым снижая медико-экономические затраты на одного пациента. ■

Источник:

- | | | |
|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Chew B.H. et al., 2016 | 5. Fowler J.E., 1984 | 9. Sharifi Aghdas E. et al., 2006 |
| 2. Wollin D.A. et al., 2017 | 6. Mariappan P. et al., 2005 | 10. Nevo A. et al., 2017 |
| 3. McAleer I.M. et al., 2003 | 7. Bag S., 2011 | 11. Moses R., 2007 |
| 4. Mariappan P. et al., 2005 | 8. Etemadian M. et al., 2008 | |

Материал подготовлен Ю.Г. Болдыревой



МИРАКСАНТ® – современный комплекс с уникальным составом необходимых натуральных компонентов, курсовой прием которого, эффективно и безопасно помогает решить проблему мужского (идиопатического) бесплодия.

✓ ЕДИНСТВЕННЫЙ КОМПЛЕКС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ, СОДЕРЖАЩИЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ИСТОЧНИК АСТАКСАНТИНА - САМОГО МОЩНОГО ПРИРОДНОГО АНТИОКСИДАНТА!

На фоне приема «МИРАКСАНТА», к третьему месяцу лечения происходит:

- увеличение подвижности сперматозоидов на 22,8%
- увеличение жизнеспособности сперматозоидов на 11,9%
- увеличение средней концентрации сперматозоидов на 9,7%
- положительная динамика к улучшению морфологии сперматозоидов

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

«Результаты проведенного исследования, позволяют рекомендовать биологически активный комплекс «МИРАКСАНТ»® в комплексной терапии пациентов с идиопатическим бесплодием, особенно с олигоастенозооспермией»

Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.

Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1. Опыт применения комплексного препарата «МИРАКСАНТ» у мужчин с идиопатическим бесплодием в условиях реальной клинической практики.



Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.001614.04.19 от 24.04.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

Лечение ночного энуреза: обновление стандартизирующего документа Международного общества удержания мочи у детей

Энурез – это крайне распространенное расстройство в детском возрасте, которое, будучи соматически неопасным, все же сопряжено с долговременными психологическими рисками в отсутствие лечения. При этом сегодня по-прежнему бытует множество ложных представлений о надлежащем лечении энуреза у детей.

Мультидисциплинарная команда экспертов, аффилированных с Международным обществом удержания мочи у детей (ICCS), провела работу по обновлению предыдущих рекомендаций по оценке и лечению энуреза у детей.

В документе использовалась глобально принятая терминология ICCS. Работа базировалась на доказательных литературных источниках, однако в областях с недостаточным объемом первичных доказательных данных авторы прибегали к экспертному консенсусу. Перед утверждением проект документа был открыт для дополнительного комментирования всеми членами ICCS.

1. В отсутствие дополнительных настораживающих факторов, таких как трудности с опорожнением мочевого пузыря или постоянная жажда, ребенок, страдающий энурезом, не нуждается в исследованиях крови, радиологических или уродинамических исследованиях.

2. Начало активного лечения рекомендуется с 6 лет.

3. Наиболее важными факторами коморбидности являются психиатрические заболевания, запоры, инфекции мочевых путей, храп и апноэ сна.

4. В лечении нуждаются запоры и недержание мочи в течение дня.

5. В случае немоносимптомного энуреза рекомендуется базовое консультирование относительно привычек питания и опорожнения.

6. При моносимптомном энурезе или в случае отсутствия результатов предыдущей стратегии средствами первой линии лечения выступают десмопрессин или энурезный будильник.

7. Если оба они не приносят результата вместе или по отдельности, следующим возможным шагом является антихолинергическая терапия.

8. В случаях, когда ребенок не отвечает на такое лечение, экспертами может быть рассмотрено назначение антидепрессантов.

9. Дети с сопутствующими нарушениями дыхания во сне могут излечиться от энуреза в случае устранения проблем дыхания. ■

Материал подготовлен В.А. Шадеркиной

Я = АЛЬФА. И СИЛА МОЯ ВНУТРИ

АЛЬФА 420 – новый негормональный комплекс с уникальным и специально подобранным составом компонентов для нормализации уровня тестостерона у мужчин и устранения проявлений андрогенодефицита.



На фоне курсового приема комплекса наблюдалось*:

- ✓ Уменьшение симптомов андрогенного дефицита у 95,4% мужчин!
- ✓ Повышение уровня общего тестостерона у 74,7% обследованных мужчин
- ✓ Повышение либидо отметили 36,7%, а улучшение качества эрекции - 88,5% мужчин

В ходе лечения, у пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных или побочных эффектов.

* Ефремов Е.А., Коршунов М.Н., Золотухин О.В., Мадькин Ю.Ю., Красняк С.С.
Оценка эффективности и безопасности применения комбинированного препарата «Альфа» в условиях рутинной клинической практики у мужчин с симптомами гипогонадизма: 3-месячное наблюдательное исследование. Экспериментальная и клиническая урология. 2018. №1

SHPHARMA
source of healing

Свидетельство о государственной регистрации № RU.77.99.11.003.E.002626.07.19 от 31.07.2019

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

План программы повышения квалификации от профессора С.П. Даренкова на 2020 г.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра урологии**

После окончания обучения возможно получение (подтверждение) квалификационной категории для среднего медицинского персонала и врачей специалистам негосударственных (коммерческих) медицинских организаций (ОАО, ЗАО, МКЦ и др.) и различных ведомств и агентств, а также государственных медучреждений при наличии ходатайства из вышестоящей организации.

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН КАФЕДРЫ НА 2020 Г.

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (свыше 16 ч)

После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается сертификат специалиста.

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Стоимость обучения на договорной основе (руб.)
479 480 481 482	Урология	Врачи-урологи	144	21.01 – 18.02 12.05 – 09.06 22.09 – 20.10 17.11 – 15.12	21 200

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (свыше 16 ч)

Без выдачи сертификата специалиста.

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Стоимость обучения на договорной основе (руб.)
483	Андрология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	11 000
484	Малоинвазивные технологии в урологии	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	11 000
485	Онкоурология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	11 000

Программы мастер-классов с выдачей удостоверения

(от 6 до 12 ч)

№ п/п	Наименование цикла	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Стоимость обучения на договорной основе (руб.)
486	Лапароскопическая простатэктомия при раке предстательной железы (отделение онкоурологии)	Врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи-онкологи	6	по мере набора группы	7000
487	Лапароскопическая резекция почки при раке (отделение онкоурологии)	Врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи-онкологи	6	по мере набора группы	7000
488	Современные подходы к лечению нарушений мочеиспускания	Врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи-онкологи	6	по мере набора группы	7000
489	Сексуальная реабилитация больных после операций на органах малого таза	Врачи-хирурги, врачи-урологи, врачи-онкологи	6	по мере набора группы	7000

Программы высшего образования

№ п/п	Название программы	Вид подготовки	Контингент обучающихся	Срок обучения	Начало обучения
490	Урология	Ординатура	Специалисты с высшим образованием по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия»	2 года (очно)	с 01.09

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор Даренков Сергей Петрович

Адрес: г. Москва, м. «Крылатское», ул. Маршала Тимошенко, д. 19, стр. 1А;

e-mail: darenkov@list.ru

Контакты:

г. Москва, ул. Лосиноостровская, д. 45

Тел.: +7-985-446-64-34 (Собина Елена Валентиновна)

Цикл повышения квалификации Омского ГМУ от А.Ю. Цуканова на 2020 г.

ФГБУ ВО «Омский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра хирургических болезней и урологии ДПО

Циклы «ХИРУРГИЯ» предусматривают обучение врачей специальностей:

- терапия
- эндокринология
- врачи ОВП
- хирургия

Циклы «УРОЛОГИЯ» предусматривают обучение врачей специальностей:

по п.п. 1–8. предусматривают обучение врачей специальностей:

- терапия
- эндокринология
- урология
- врачи ОВП
- нефрология
- гинекология

Куратор цикла: зав. кафедрой, д.м.н., профессор Цуканов Антон Юрьевич

График циклов

Название	Форма обучения	Дата
ХИРУРГИЯ		
1. Венозный тромбоз	Заочная	03.02 – 08.02
2. Облитерирующие заболевания артерий	Заочная	23.03 – 28.02
3. Синдром диабетической стопы	Заочная	06.04 – 11.04
4. Гнойные заболевания мягких тканей	Заочная	20.04 – 25.04
УРОЛОГИЯ		
1. Неотложная урология	Очная	10.02 – 15.02
2. Неотложная урология	Заочная	10.02 – 15.02
3. Неспецифические воспалительные заболевания верхних и нижних мочевыводящих путей	Очная	02.03 – 07.02
4. Неспецифические воспалительные заболевания верхних и нижних мочевыводящих путей	Заочная	02.03 – 07.02
5. Мужское бесплодие	Очная	16.03 – 21.03
6. Мужское бесплодие	Заочная	16.03 – 21.03
7. Эректильная дисфункция	Очная	13.04 – 18.03
8. Эректильная дисфункция	Заочная	13.04 – 18.03
9. Практические аспекты фармакодоплерографии полового члена	Очно-заочная	18.05 – 23.05
10. Перкутанные вмешательства на почках	Очная	30.03 – 04.04

Учебный план циклов повышения квалификации ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова» на 2020 г.

Кафедра урологии

Циклы продолжительностью 144 ч являются сертификационными, по их окончании сдается экзамен с продлением действующего сертификата и выдачей свидетельства о повышении квалификации государственного образца.

Циклы предназначены для врачей, получивших сертификат до 01.01.2016.

Циклы продолжительностью 36 ч включены в систему непрерывного медицинского образования (НМО) и предназначены для врачей, получивших сертификат после 01.01.2016.

Все циклы внесены в реестр образовательных программ Министерства здравоохранения РФ.

Запись на циклы осуществляется по электронной почте urolog.kaf@mail.ru

Куратор циклов: профессор Кузьмин Игорь Валентинович, ответственный за последипломное образование кафедры урологии. E-mail: kuzminigor@mail.ru

График циклов

Наименование образовательной программы	Длительность (ч)	Даты проведения
1. Современная клиническая урология	144	03.02 – 29.02 02.03 – 28.03 07.09 – 03.10
2. Современная клиническая урология. Нейроурология и уродинамика	144	30.03 – 25.04 02.11 – 28.11
3. Эндоурология и лапароскопия	144	11.05 – 06.06 30.11 – 26.12
4. Клиническая андрология	144	05.10 – 31.10
5. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний мочевых путей и мужских половых органов	36	17.02 – 22.02 16.03 – 21.03 21.09 – 26.09
6. Современные аспекты клинической андрологии	36	19.10 – 24.10
7. Современные аспекты нейроурологии. Уродинамические методы исследования	36	06.04 – 11.04 16.11 – 21.11
8. Эндовидеохирургическое лечение урологических заболеваний	36	01.06 – 06.06 14.12 – 19.12

План проведения циклов усовершенствования врачей на 2020 г.

Кафедра урологии и андрологии
с курсами специализированной хирургии
Алтайского государственного медицинского университета

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ПЛАН ЦИКЛОВ НА 2020 Г.

Кафедра урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии

Циклы НМО по специальностям: урология, нефрология, детская урология-андрология

Название дополнительной профессиональной программы (цикла)	Вид профессионального обучения	Категория обучающихся	Количество часов (дистанционно/очно)	Форма обучения (очная, очная с применением ДОТ ¹ , очная с применением ДОТ ¹ 100%)	Период проведения
УЗИ простаты	ПК НМО	Врачи	36 (18/18)	очная с применением ДОТ	13.01 – 18.01
Урофлоуметрия при нарушении мочеиспускания у детей	ПК НМО	Врачи	36 (18/18)	очная с применением ДОТ	10.02 – 15.02
Перитонеальный диализ	ПК НМО	Врачи	36 (18/18)	очная с применением ДОТ	16.03 – 21.03

¹ Дистанционные образовательные технологии.

План проведения внебюджетных циклов усовершенствования врачей на 2020 г.

Специальности: урология, детская урология-андрология, нефрология

Название дополнительной профессиональной программы	Количество ч (очно / дистанционно)	Форма обучения	Дата начала / Дата окончания	Период проведения очной части	Ответственный за цикл
Урология	144 (74 / 70)	очная с применением ДОТ	14.01 / 10.02	28.01 – 10.02	Доцент Яковец Ярослава Валерьевна 8 (3852) 40-29-93
Нефрология	144 (74 / 70)	очная с применением ДОТ	17.02 / 17.03	03.02 – 17.03	Доцент Яковец Ярослава Валерьевна 8 (3852) 40-29-93
Детская урология-андрология	144 (74 / 70)	очная с применением ДОТ	01.04 / 28.04	15.04 – 28.04	Доцент Яковец Ярослава Валерьевна 8 (3852) 40-29-93
Нефрология	504 (336 / 168)	очная с применением ДОТ	31.08 / 07.12	02.10 – 07.12	Доцент Яковец Ярослава Валерьевна 8 (3852) 40-29-93
Детская урология-андрология	504 (336 / 168)	очная с применением ДОТ	31.08 / 07.12	02.10 – 07.12	Доцент Яковец Ярослава Валерьевна 8 (3852) 40-29-93

Зав. кафедрой: профессор А.И. Неймарк

Кафедра урологии и андрологии с курсами специализированной хирургии
Алтайского государственного медицинского университета

Дополнительные профессиональные программы повышения квалификации на базе Воронежского ГМУ им. Н.Н. Бурденко

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт дополнительного профессионального образования

Кафедра онкологии и специализированных хирургических дисциплин института дополнительного профессионального образования ВГМУ им Н.Н. Бурденко (г. Воронеж):

- реализует дополнительные профессиональные программы повышения квалификации очные и с применением дистанционных образовательных технологий, программы повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования (НМО);
- для врачей-урологов с истекшем сроком действия сертификата (без подтверждения стажа) осуществляет профессиональную переподготовку;
- обеспечивает гибкий график, возможно проведение обучения по индивидуальному расписанию.

Дополнительно, по предварительной заявке, возможно проведение цикла повышения квалификации для врачей-урологов и хирургов, участвующих в медицинских осмотрах «Актуальные вопросы детской урологии и андрологии» с применением дистанционных образовательных технологий с выдачей удостоверения (продолжительность обучения 72 ч).

Заявки принимаются по адресу: г. Воронеж, ул. Студенческая, 10, ИДПО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
(общеежитие № 3, методист Шибанова Виктория Александровна).

Дополнительную информацию (по стоимости цикла) и справку можно получить по тел.: +7-920-211-64-50 –доцент кафедры Авдеев Алексей Иванович, e-mail: a.i.avdeev@mail.ru

Ответственный за курс по урологии: д.м.н. Золотухин Олег Владимирович

График циклов:

№	Наименование цикла	Вид обучения	Контингент слушателей	Начало / Окончание цикла	Продолжительность обучения на цикле
1	3	5	6	7	10
1	Актуальные вопросы урологии	ПК	Зав. отделениями и врачи-урологи	21.01 / 03.03	1,5 месяцев
2	Актуальные вопросы урологии (НМО) – очно-заочный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	10.02 / 15.02	1 неделя
3	Современные аспекты в диагностике, лечении и профилактике урологических заболеваний (НМО) – очно-заочный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	13.04 / 18.04	1 неделя
4	Актуальные вопросы урологии	ПК	Зав. отделениями и врачи-урологи	28.04 / 16.06	1,5 месяцев
5	Актуальные вопросы урологии (НМО) – очно-заочный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	15.06 / 20.06	1 неделя
6	Актуальные вопросы урологии	ПК	Зав. отделениями и врачи-урологи	15.09 / 26.10	1,5 месяцев
7	Актуальные вопросы урологии (НМО) – дистанционный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	12.10 / 17.10	1 неделя
8	Актуальные вопросы урологии	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	10.11 / 21.12	1,5 месяцев
9	Воспалительные заболевания мочеполовых органов (НМО) – очно-заочный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	23.11 / 28.11	1 неделя
10	Первичная профилактика и метафилактика мочекаменной болезни (НМО) – дистанционный	ПК	Зав. отделениями, врачи-урологи, хирурги, терапевты и врачи общей практики	14.12 / 19.12	1 неделя
11	Детская урология – андрология	ПП	Врачи-детские хирурги и врачи-урологи	30.01 / 26.05	4 месяца

Учебный план кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ ВолгГМУ на 2020 г.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра урологии, нефрологии и трансплантологии

№	Наименование цикла	Вид	Целевая аудитория	Календарные сроки проведения цикла	Продолжительность обучения (ч)	Подробная информация
1	Основные методы нефронсберегающих операций на почке (заочный)	НМО	Врачи-урологи, хирурги, онкологи	13.01 – 18.01	36	Зипунников Василий Петрович, ассистент кафедры vzipunnikov@yandex.ru +7-937-084-52-25
2	Онкоурология (очно-заочный)	НМО	Врачи-урологи, онкологи, хирурги поликлиник и стационаров	17.02 – 14.03	144	Александров Илья Вячеславович, доцент кафедры argenza@mail.ru +7-909-394-43-83
3	Современные оперативные доступы к органам мочеполовой системы (заочный)	НМО	Врачи-урологи, хирурги, онкологи	16.03 – 21.03	36	Дымков Иван Николаевич, ассистент кафедры dymkoff2303@mail.ru +7-906-400-55-78
4	Лапароскопические операции в онкоурологии (заочный)	НМО	Врачи-урологи, хирурги, онкологи	25.05 – 30.05	36	Александров Илья Вячеславович, доцент кафедры argenza@mail.ru +7-909-394-43-83

№	Наименование цикла	Вид	Целевая аудитория	Календарные сроки проведения цикла	Продолжительность обучения (ч)	Подробная информация
5	Эндоурология (очно-заочный)	НМО	Врачи-урологи, онкологи, хирурги поликлиник и стационаров	01.06 – 30.06	144	Зипунников Василий Петрович, ассистент кафедры vzipunnikov@yandex.ru +7-937-084-52-25
6	Донорство органов в клинической трансплантологии (очно-заочный)	НМО	Врачи-урологи, хирурги, анестезиологи-реаниматологи	01.09 – 30.09	144	Дымков Иван Николаевич, ассистент кафедры dymkoff2303@mail.ru +7-906-400-55-78
7	Урогинекология (очно-заочный)	НМО	Врачи-урологи, акушеры-гинекологи и хирурги поликлиник и стационаров	01.10 – 31.10	144	Александров Илья Вячеславович, доцент кафедры argenza@mail.ru +7-909-394-43-83
8	Клиническая урология (очный)	ПК	Врачи-урологи, онкологи и хирурги поликлиник и стационаров	02.11 – 28.11	144	Зипунников Василий Петрович, ассистент кафедры vzipunnikov@yandex.ru +7-937-084-52-25
9	Реконструктивно-пластические операции в урологической практике (заочный)	НМО	Врачи-урологи, хирурги, онкологи	09.11 – 14.11	36	Александров Илья Вячеславович, доцент кафедры argenza@mail.ru +7-909-394-43-83

Ответственный за курс: зав. кафедрой урологии, нефрологии и трансплантологии ФУВ, д.м.н., профессор Д.В. Перлин

Курсы повышения квалификации под руководством профессора А.Г. Мартова

Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования Федерального государственного бюджетного учреждения
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»
КАФЕДРА УРОЛОГИИ И АНДРОЛОГИИ

Цены и сроки начала обучения установлены на текущий год. Корректировка цен и сроков обучения на очередной период проводится ежегодно в декабре с учетом движения рабочих дней календарного года и последующим размещением на официальном сайте Университета.

Адрес: г. Москва, м. «Шукинская», ул. Живописная, д. 46, стр. 8, ул. Маршала Новикова, д. 23

Тел.: +7 (495) 649-98-77; +7 (499) 190-86-19; +7 (499) 190-96-92;

E-mail: dr.abdul@mail.ru; martovalex@mail.ru; ippofmbc@mail.ru

КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН КАФЕДРЫ НА 2020 Г.

Программы профессиональной переподготовки с выдачей диплома
(свыше 250 ч)

№ п/п	Наименование программы	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Цена (руб.)
506	Урология	Врачи-урологи	576	27.01 – 30.04 02.09 – 04.12	50 000

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения
(свыше 144 ч)

№ п/п	Наименование программы	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Цена (руб.)
507 508 509 510 511	Урология*	Врачи-урологи	144	10.02 – 10.03 23.03 – 18.04 11.05 – 06.06 02.09 – 29.09 12.10 – 09.11	20 000

* После успешной сдачи сертификационного экзамена выдается сертификат специалиста.

Программы повышения квалификации с выдачей удостоверения (от 16 ч)

№ п/п	Наименование программы	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Цена (руб.)
512	Эндоскопическая хирургия мочевых путей	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000
513	Андрология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000
514	Лапароскопическая урология	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	12 000

Специализированные циклы повышения квалификации по тематике «Экстремальная медицина»

№ п/п	Наименование программы	Контингент обучающихся	Объем учебного плана (ч)	Сроки проведения	Цена (руб.)
515	Неотложная оперативная помощь при травмах почек	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	6500
516	Оперативная андрология при травмах генитальной зоны, повреждениях уретры	Врачи-урологи	72	по мере набора группы	6500

Программы высшего образования

№ п/п	Наименование программы	Вид подготовки	Контингент обучающихся	Продолжительность	Сроки проведения	Цена (руб.)
517	Урология	Ординатура	Выпускники медвузов, врачи лечебных специальностей	2 года	с 01.09	250 000 год
518	Урология	Аспирантура	Врачи лечебных специальностей	3 года (очная форма)	с 01.10	180 000 год
519	Урология	Аспирантура	Врачи лечебных специальностей	4 года (заочная форма)	с 01.10	80 000 год

Кафедра урологии и андрологии

Зав. кафедрой: профессора Мартов Алексей Георгиевич

Учебная часть: Абдулхамидов Александр Нурмагомедович

Тел.: +7(495) 649-98-77; e-mail: dr.abdul@mail.ru; www.ippofmbc.ru

Внебюджетные курсы повышения квалификации, проводимые кафедрой урологии Новосибирского государственного медицинского университета (НГМУ)

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

№	Наименование цикла	Вид	Контингент слушателей	Продолжительность обучения (ч)	Начало / Окончание цикла	Стоимость (руб)
1	Диагностика и лечение андрологических больных*	КУ	Цикл аккредитован в системе непрерывного медицинского образования**	36	18.05 – 23.05	8000
2	Диагностика и лечение онкоурологических больных*	КУ	Цикл аккредитован в системе непрерывного медицинского образования**	36	25.05 – 30.05	8000
3	Лапароскопическая хирургия в диагностике и лечении заболеваний органов мочеполовой системы*	КУ	Цикл аккредитован в системе непрерывного медицинского образования**	36	02.03 – 07.03	8000
4	Трансуретральная, чрескожная хирургия в диагностике и лечении заболеваний органов мочеполовой системы*	КУ	Цикл аккредитован в системе непрерывного медицинского образования**	36	01.06 – 06.06	8000
5	Актуальные вопросы урологии	ОУ	Сертификационный цикл по специальности «Урология»	144	03.02 – 29.02	17 700
6	Актуальные вопросы урологии	ОУ	Сертификационный цикл по специальности «Урология»	144	05.10 – 31.10	17 700

* Возможны индивидуальные занятия в удобные для курсанта сроки по предварительному согласованию.

** С перечнем специальностей можно познакомиться в личном кабинете на портале НМО.

Зав. кафедрой урологии НГМУ: профессор Феофилов Игорь Викторович
Тел.: +7-905-938-02-98; fil_urolog@mail.ru

Портативный анализатор мочи «ЭТТА АМП-01» на тест-полосках

Экспресс-анализ мочи

- > Используется для проведения экспресс-анализа проб мочи
- > Построен на современных фотоэлектрических и микропроцессорных технологиях



Вес: 180 г

300 анализов на одном заряде батареи

Ресурс: 5000 исследований

Гарантия 12 месяцев

Беспроводной протокол передачи данных

Простота эксплуатации

Результат за 1 минуту

Бесплатное мобильное приложение

- > Условия применения:
в медицинских учреждениях, для проведения выездных обследований, для частного применения в домашних условиях

11 исследуемых параметров



> ИССЛЕДУЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ

1. Глюкоза (GLU)
2. Билирубин (BIL)
3. Относительная плотность (SG)
4. pH (PH)
5. Кетоновые тела (KET)
6. Скрытая кровь (BLD)
7. Белок (PRO)
8. Уробилиноген (URO)
9. Нитриты (NIT)
10. Лейкоциты (LEU)
11. Аскорбиновая кислота (VC)





Что такое сервис медицинских услуг



Nethealth



- ➕ Помощь не отходя от компьютера, планшета или телефона
- ➕ Консультации квалифицированного врача-уролога
- ➕ Бесплатное анкетирование на наличие тревожных симптомов ряда заболеваний
- ➕ Проект, созданный при поддержке НИИ урологии



Мы в социальных сетях



www.vk.com/nethealth



www.facebook.com/nethealth.ru

Редакция дайджеста:

- » Главный редактор: Шадеркина Виктория Анатольевна
- » Зам. главного редактора: Сивков Андрей Владимирович
- » Шеф-редактор: Шадеркин Игорь Аркадьевич

Специальные корреспонденты:

- » Красняк Степан Сергеевич
 - » Зеленская Мария Петровна
 - » Коршунов Максим Николаевич
 - » Болдырева Юлия Георгиевна
-
- » Дизайн и верстка: Белова Оксана Анатольевна
 - » Корректор: Ниофитова Наталья Валентиновна

Тираж 3000 экземпляров

Распространение бесплатное – Россия, страны СНГ

Периодичность 1 раз в 2 месяца

Аудитория – урологи, онкоурологи, урогинекологи, андрологи, детские урологи-андрологи, фтизиоурологи, врачи смежных специальностей

Издательство «УроМедиа»

Адрес редакции: 111020, г. Москва, ул. Боровая, 18, стр. 1, офис 104

ISSN 2309-1835

Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ № ФС77-54663 от 09.07.2013

E-mail: info@uromedia.ru

www.urodigest.ru

При полной или частичной перепечатке материалов ссылка на Дайджест обязательна!

В материалах представлена точка зрения, которая может не совпадать с мнением редакции.

Ответственность за содержание рекламных материалов несет рекламодатель.



Издательский дом «УроМедиа»